

DE LA  
**LUXATION TRAUMATIQUE ANCIENNE**  
DU RADIUS EN AVANT  
(LUXATION IRRÉDUCTIBLE)

**ET DE SON TRAITEMENT**

PAR LA

**RÉSECTION DE L'EXTRÉMITÉ DÉPLACÉE**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Novembre 1894

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**FERRÉOL CARREY**

Né le 24 Août 1872, à Lons-le-Saunier (Jura)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire,

Lauréat de l'École de Médecine de Besançon (Concours 1891)



**LYON**

**ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE**

4, RUE GENTIL, 4

—  
**Novembre 1894**



DE LA  
**LUXATION TRAUMATIQUE ANCIENNE**

DU RADIUS EN AVANT

(LUXATION IRRÉDUCTIBLE)

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LA

**RÉSECTION DE L'EXTRÉMITÉ DÉPLACÉE**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**FERRÉOL CARREY**

Né le 24 Août 1872, à Lons-le-Saunier (Jura)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire,

Lauréat de l'École de Médecine de Besançon (Concours 1891)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—  
Novembre 1894

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . DOYEN  
GAYET. . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

## PROFESSEURS

|                                                          |   |                     |
|----------------------------------------------------------|---|---------------------|
| Cliniques médicales . . . . .                            | { | MM. LÉPINE.         |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                         | { | BONDET.             |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          |   | OLLIER.             |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                        |   | PONCET.             |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . |   | FOCHIER.            |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                 |   | GAYET.              |
| Physique médicale . . . . .                              |   | GAILLETON.          |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .               |   | PIERRET.            |
| Chimie organique et Toxicologie. . . . .                 |   | MONOYER.            |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                   |   | HUGOUNENQ.          |
| Zoologie et Anatomie comparée. . . . .                   |   | CAZENEUVE           |
| Anatomie. . . . .                                        |   | FLORENCE,           |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                 |   | LORTET              |
| Physiologie. . . . .                                     |   | TESTUT.             |
| Pathologie interne. . . . .                              |   | RENAUT.             |
| Pathologie externe. . . . .                              |   | MORAT.              |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .          |   | TEISSIER.           |
| Anatomie pathologique. . . . .                           |   | X.                  |
| Médecine opératoire. . . . .                             |   | MAYET.              |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .             |   | TRIPPIER.           |
| Médecine légale. . . . .                                 |   | POLLOSSON (MAURICE) |
| Hygiène . . . . .                                        |   | ARLOING.            |
| Thérapeutique . . . . .                                  |   | LACASSAGNE.         |
| Pharmacie. . . . .                                       |   | X.                  |
|                                                          |   | SOULIER.            |
|                                                          |   | CROLAS.             |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. . . . . LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                             |                  |         |
|---------------------------------------------|------------------|---------|
| Clinique des Maladies des Enfants . . . . . | MM. WEILL,       | agrégé. |
| Accouchements. . . . .                      | POLLOSSON (Aug.) | —       |
| Botanique. . . . .                          | BEAUVISAGE.      | —       |

## AGRÉGÉS

|                |                  |                  |                                |
|----------------|------------------|------------------|--------------------------------|
| MM. AUGAGNEUR. | MM. DIDELOT.     | MM. ROCHET.      | MM. WEILL.                     |
| BEAUVISAGE.    | GANGOLPHE.       | RODET.           | BARRAL,                        |
| CONDAMIN.      | JABOULAY.        | ROLLET (ÉTIENNE) | chargé des fonctions d'agrégé. |
| COURMONT.      | LANNOIS.         | ROQUE.           | MOREAU id.                     |
| DEROIDE.       | PERRET.          | ROUX.            |                                |
| DEVIC.         | POLLOSSON (Aug.) | VIALLETON.       |                                |

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. POLLOSSON (M.) Assesseur; MM. ROLLET et COURMONT, Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SECONDE MÈRE

A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PONCET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES

de la Faculté de Médecine de Lyon,  
de l'École du Service de Santé Militaire  
et de l'École de Médecine de Besançon.

## AVANT-PROPOS

---

Pendant notre stage à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons eu l'occasion d'observer un malade, atteint de luxation ancienne du radius en avant, qui fut traitée par la résection de la tête radiale, opération dont nous avons pu voir les résultats surprenants. Aussi, quand M. le professeur Poncet nous proposa comme sujet de dissertation inaugurale de chercher à établir les indications de cette résection, ses résultats immédiats et éloignés, avons-nous accepté avec plaisir.

Nous avons divisé notre travail en quatre parties :

1° Ce que c'est que la luxation du radius en avant (symptomatologie, traitement).

2° Ce que devient une luxation du radius en avant qui n'a pas été réduite (différents traitements proposés, résection).

3° Observations.

4° Conclusions.

Nous remercions vivement M. le professeur Poncet de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et de l'amabilité avec laquelle il nous a toujours prodigué ses conseils.

Nous remercions aussi nos maîtres de la Faculté de Lyon et de l'École du Service de Santé militaire.

Nous ne voulons certes pas oublier nos premiers maîtres de l'École de Médecine de Besançon, dont nous garderons toujours le souvenir avec reconnaissance ; et en particulier M. le professeur Chapoy, qui nous a initié à la clinique et auprès duquel nous avons toujours trouvé un accueil bienveillant.

# I

Ce que c'est que la luxation du radius  
en avant.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41552608\\_0035](https://archive.org/details/IA41552608_0035)

DE LA  
LUXATION TRAUMATIQUE ANCIENNE  
DU RADIUS EN AVANT  
(LUXATION IRRÉDUCTIBLE)  
ET DE SON TRAITEMENT  
PAR LA  
RÉSECTION DE L'EXTRÉMITÉ DÉPLACÉE

---

I

**Ce que c'est que la luxation du radius en avant.**

HISTORIQUE. — La luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant est connue depuis longtemps ; on a même dit (Moraès Barros, th. de Genève, 1886), qu'elle était déjà décrite par Hippocrate. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle est signalée au xvii<sup>e</sup> siècle par Fournier (*Économie chirurgicale*. Paris, 1671, page 250), qui s'exprime ainsi : « Si le radius est disloqué seul, on peut l'apercevoir par le tact de la séparation qu'il fait avec le cubitus, et, outre ce, son éminence se voit en haut, s'il est démis extérieurement, ou en devant, si elle est en devant ». Cependant J.-L. Petit n'en parle pas dans son *Traité des maladies des os* (1733), si bien que Butet en ayant communiqué un cas à l'Académie de Médecine, Sabatier et Louis jugèrent nécessaire de faire le voyage

d'Étampes pour le vérifier. C'est surtout à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et plutôt encore dans la première moitié du XIX<sup>e</sup>, que les études à ce sujet apparaissent. A partir de Duverney (*Traité des maladies des os*, 1751, tome II, p. 175), les travaux se succèdent. Ce sont ceux de Martin (1770), de Rouyer (1786), de Monteggia (1814), d'Astley Cooper (1823), de Willaume (1828), de Rognetta (1833), de Gerdy (1835), de Goyrand d'Aix (1837), de Danyau (1841), de Perrin (1843), de Robert (1847), de Rollat (1854), de Malgaigne (1855).

Dès ce moment, la lésion est bien connue, ses caractères cliniques bien établis, mais quelques points particuliers préoccupent encore les auteurs : et tout d'abord apparaissent des discussions sur l'anatomie pathologique de la luxation. Pingaud dit qu'il ne peut pas y avoir de déplacement sans que le ligament annulaire soit rompu, Denucé essaie de prouver au contraire que, dans la majorité des cas, le ligament annulaire est intact. Les discussions surgissent alors au sujet du mécanisme, puis du traitement, ces dernières étant encore actuellement à l'ordre du jour ; on établit de bonne heure la fréquence des luxations anciennes, mais quel traitement leur opposer ? Les uns, se basant sur certains cas cliniques, disent que, le plus souvent, il n'y a guère lieu de se préoccuper d'une luxation ancienne du radius en avant, les mouvements reviennent avec le temps, pourvu que l'on exerce le membre, et ce résultat est bien suffisant, et il n'y a pas d'autre traitement à opposer à la luxation ancienne. Récemment Löbker et après lui, quelques chirurgiens allemandes, moins optimistes et plus interventionnistes, proposent un traitement sanglant, consistant dans la

résection de la tête radiale. Mais une troisième opinion apparaît alors qui dit : Cette résection est véritablement bien tentante, il s'agit là de réséquer une extrémité osseuse qu'on sent rouler sous le doigt, séparée seulement du bistouri par une mince couche de peau, mais ne vous laissez pas aller à la tentation, en toute chose il faut considérer la fin ; réséquez seulement à la dernière extrémité, si le malade a gêne fonctionnelle trop considérable, dans les autres cas, abstenez-vous d'intervenir. Et la question en est là, partagée entre ces trois opinions : nous voulons pour notre part peser impartialement les arguments pour l'intervention et pour la non-intervention et essayer d'établir si la résection mérite d'être pratiquée dans certains cas, quels sont ces cas, est-elle applicable à tous les cas ? Nous comparerons les résultats immédiats et éloignés obtenus dans le cas où on a réséqué avec ceux obtenus dans les cas où on pratique d'autres interventions et ceux où on n'en a pas pratiqué du tout, et nous tâcherons d'en tirer quelques conclusions utiles au traitement de cette luxation.

Nous allons donc, après avoir résumé en quelques pages l'histoire de cette luxation, étudier la luxation ancienne, surtout au point de vue de son traitement ; nous n'avons pas ici la prétention de décrire une opération nouvelle, puisque la résection a été déjà pratiquée dans des cas analogues, en Allemagne tout au moins ; nous voulons seulement en préciser les indications et les étendre, s'il y a lieu.

ETIOLOGIE ET MÉCANISME. — La luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant est la plus fréquente des

luxations du radius au coude; c'est du reste celle qu'on peut reproduire le plus facilement dans les expériences sur le cadavre; nous sommes d'accord ici avec la statistique d'Hamilton qui, sur 32 luxations du radius signale 27 luxations en avant, malgré les opinions contradictoires de Boyer, Velpeau, Vidal de Cassis et Cooper. On la rencontre particulièrement chez les individus du sexe masculin, à cause probablement des occupations plus variées qui les exposent davantage aux grands traumatismes. On la rencontre à tout âge : chez l'enfant elle est assez fréquente, puisque dans toutes les observations de Löbker, que nous rapportons, il ne s'agit que d'enfants de neuf à douze ans; signalons en passant que les enfants sont sujets à une variété particulière de luxation, qui est la luxation incomplète à laquelle Chassaignac a donné le nom de paralysie douloureuse du membre supérieur, à cause des symptômes d'impotence fonctionnelle, qui sont au premier plan, et que M. le professeur Maurice Pollosson a étudiée sous le nom de « pronation douloureuse chez les jeunes enfants », dans une clinique faite à l'Hôpital de la Croix-Rousse de Lyon (*Prov. méd.*, 3 nov. 88). C'est chez l'adulte qu'on la rencontre avec son maximum de fréquence, on la rencontre aussi, quoique plus rarement, chez le vieillard. Certains individus sont plus sujets que d'autres aux luxations en général et à la luxation du radius en particulier, peut-être les sujets lymphatiques dont les ligaments sont peu résistants; nous n'irons pas cependant jusqu'à supposer qu'il y a une disposition particulière de l'articulation huméro-radiale, qui favorise la luxation (Von Lesser).

La cause efficiente est évidemment le traumatisme.

Nous ne citerons que pour mémoire les luxations pathologiques et les luxations congénitales, dont l'étude ici nous entraînerait trop loin. Nous dirons seulement qu'on a signalé des luxations pathologiques du radius en avant, consécutives au rhumatisme, à une tumeur blanche (Huguier), à une arthrite sèche (Poulet, pièce déposée au musée du Val-de-Grâce), etc., mais en somme ces cas sont assez rares. Signalons aussi les luxations congénitales, connues surtout depuis le mémoire de Guérin (1841), la communication de Spillmann à la Société de Chirurgie (1874), et de nombreuses publications modernes : beaucoup de ces luxations réputées congénitales sont des luxations traumatiques produites au moment de la naissance, soit pendant l'accouchement par des manœuvres de version par exemple, comme dans le cas communiqué en 1856 à l'Académie de New-York, par le Dr Krakowitzer, soit après la naissance, comme dans le cas de Leisrink <sup>1</sup>, où, « pour ranimer l'enfant, né en état de mort apparente, on le soumit à diverses manœuvres, entre autres, on le secoua vigoureusement par les poignets, ce qui produisit la luxation par un mouvement de torsion. » Quant aux autres cas de luxations véritablement congénitales dues, ou bien à une malformation, qui peut être, dans certains cas, d'origine rachitique <sup>2</sup>, ou bien à une véritable luxation produite pendant la vie intra-utérine, insister davantage sur leur étiologie, serait insister sur leur nature, et par conséquent sortir des limites étroites que nous nous sommes fixées pour notre sujet aujourd'hui.

<sup>1</sup> *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 12 décembre 1873.

<sup>2</sup> Ulmann, *Société impéριο-royale des médecins de Vienne*, séance du 26 janvier 1894.

Voyons seulement brièvement comment agit le traumatisme. Nous avons deux méthodes pour étudier les traumatismes qui produisent la luxation : la clinique et l'expérimentation ; les observations cliniques nous indiquant la façon dont l'individu est tombé, la façon dont il a reçu le choc qui a produit la lésion ; les expériences sur le cadavre permettant d'établir les manœuvres qu'il faut pratiquer pour provoquer cette luxation. Nous n'avons pas fait nous-même d'expériences sur le cadavre, ne désirant pas nous étendre outre mesure sur ce sujet et réservant de plus grands développements pour les chapitres où nous nous occuperons du traitement et de la résection. Nous nous servons seulement de nos observations cliniques et des expériences de nos prédécesseurs et en particulier de celles de Streubel, Pingaud, Morraès Barros et Kölliker, pour établir le mécanisme de la luxation.

La luxation peut être directe ou indirecte ; la luxation directe est assez rare, Morraès Barros avoue n'avoir réussi à la produire qu'une fois malgré un nombre considérable d'essais. Nous ferons remarquer ici qu'il est très difficile de produire un déplacement articulaire et qu'il faut employer une force considérable (Streubel) ; aussi pour les expériences de ce genre, on peut prendre, comme on l'a fait souvent, des cadavres de femmes ou d'enfants, qui ne présentent pas, paraît-il, la même résistance ligamenteuse que ceux de l'homme.

La luxation indirecte est de beaucoup la plus fréquente : elle se produit surtout par un choc sur la paume de la main, le bras étendu ; elle se produit dans les mouvements de supination forcée avec hyperextension, et même dans les mouvements de pronation forcée (Kölliker). Le radius

prend un point d'appui sur le cubitus, en avant dans les mouvements de pronation forcée, en arrière dans les mouvements de supination forcée, ce qui fait saillir la tête radiale, qui, grâce à l'extension forcée, se trouve déjà dans la fossette qui surmonte le condyle huméral (Sappey) : s'il ne se produit pas alors de fracture de la diaphyse, la luxation se trouve ainsi produite. La luxation peut aussi se produire, d'après les auteurs, par traction (cas de Boyer).

C'est ainsi que se produit surtout la luxation incomplète chez les enfants : témoin le cas d'une petite fille de quatre ans, Lydia Merton, cité par Hamilton, chez laquelle la luxation s'était produite pendant qu'on voulait la relever par les mains, après une chute d'une escarpolette.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans la luxation du radius en avant, la tête radiale quitte le condyle huméral et se porte en haut, en avant et un peu en dehors, sur la partie inférieure de la face antéro-externe de l'humérus.

L'anatomie pathologique de la luxation récente est difficile à établir : les autopsies manquent, et même, si l'on en croit Morraès Barros, cette autopsie n'a jamais encore pu être pratiquée. Les pièces que l'on a étudiées sont des pièces de luxation ancienne, mais, comme nous le verrons plus loin, il se produit dans ces cas-là, des déformations hyperostotiques de la tête radiale, à cause de la néarthrose qui s'établit sur la face antéro-externe de l'humérus, en même temps que surviennent des modifications dans les tractus fibreux qui entourent l'articulation, ce qui rend les ligaments normaux plus ou moins méconnaissables et en rend la dissection très pénible. Nous en sommes réduits

aux expériences sur le cadavre, mais il ne faut pas oublier que les conditions de résistance offertes par les tissus ne sont pas les mêmes que chez le vivant, où différents facteurs et, en particulier, la contraction musculaire, peuvent modifier les phénomènes observés.

La question qui a préoccupé surtout les auteurs est la question de l'intégrité ou de la non-intégrité du ligament annulaire : les uns soutenant que, dans tous les cas, le ligament annulaire est intact, les autres disant, au contraire, qu'il est détruit dans tous les cas et même que la luxation est impossible, si le ligament annulaire est intact. Les premiers basent leur théorie sur quelques dissections de luxation ancienne, dans lesquelles il semblait rester des fibres formant un ligament annulaire : ce sont les pièces disséquées par Danyau et Debruyne ; c'est la pièce déposée par Prestat au Musée Dupuytren, sur laquelle le col du radius était entouré par un ligament que Cruveilhier n'hésita pas à regarder comme le ligament annulaire ; ce sont les sept pièces de Denucé qui présentaient toutes un ligament annulaire intact. D'autre part, certains chirurgiens, moins nombreux, il est vrai, pensent au contraire que le ligament annulaire est toujours déchiré (Pingaud) ; ils vont même jusqu'à dire, se basant sur des expériences faites sur le cadavre, que « l'intégrité de ce ligament est incompatible avec la luxation du radius en avant » (Morraès Barros). Quelle théorie allons-nous adopter ? Ni l'une, ni l'autre, ou plutôt toutes les deux : une seule ne suffisant pas à expliquer tous les cas : le ligament annulaire n'est pas le seul ligament dont la rupture permette la luxation du radius en avant ; je veux bien qu'il y contribue pour sa part, mais il ne faut pas oublier qu'il y a d'autres liga-

ments, qui ont aussi un rôle très important, et en particulier le ligament latéral externe. Il y a des cas où le ligament antérieur, le ligament latéral externe et le ligament annulaire sont rompus; il y a des cas où les ligaments antérieur et latéral externe sont rompus, mais l'annulaire est intact; il y a enfin des cas où le ligament antérieur et annulaire sont rompus, mais le ligament latéral externe est intact (Hamilton). L'étude attentive de toutes les dissections anotomo-pathologiques ne permet donc pas, comme on le croyait autrefois, d'établir une règle absolue, applicable à tous les cas de la clinique, et de dire : « Dans tous les cas ce ligament annulaire est intact », ou « dans tous les cas le ligament annulaire est rompu ». Il ne faut pas chercher à établir une règle théorique fixe, mais savoir seulement que les variétés sont plus complexes qu'on ne le croyait et que la luxation du radius en avant peut se présenter sous les différents aspects, que nous avons signalés, au point de vue des lésions ligamentaires.

Au moment où la tête radiale quitte sa cavité articulaire pour subir son déplacement en avant, il se produit à sa place un vide, qui tend à être comblé par les parties avoisinantes, qui sont attirées vers l'articulation inhabitée; c'est là un fait signalé depuis longtemps par Michel (de Nancy); ce vide dans les autres articulations ne dure qu'un temps infiniment petit; mais ici, le cubitus, qui a conservé ses rapports normaux avec l'humérus, permet au vide de devenir plus appréciable; on peut, en effet, expérimentalement, constater l'aspiration des tissus mous vers l'articulation abandonnée, par la dépression qui se produit sur la face antérieure de l'avant-bras au pli du coude. Quelles vont être les conséquences de ce vide qui se

produit ainsi ? quelles sont les parties attirées dans l'articulation ? ce seront principalement les débris des ligaments rompus, ligament annulaire, externe ou antérieur suivant les cas : ce sont ces fragments interposés qui rendent compte de l'irréductibilité immédiate qu'on constate assez souvent dans la luxation du radius en avant.

Quand nous étudierons plus loin ce que devient la luxation qui n'a pas été réduite, nous verrons les déformations hyperostotiques de la tête radiale et nous verrons comment peut s'établir une néarthrose sur la face antéro-externe de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Signalons aussi les lésions du radial qui peuvent apparaître et dont nous parlerons quand nous étudierons l'évolution de la luxation ancienne.

SYMPTOMATOLOGIE. — Au moment où se produit la luxation, le sujet éprouve une douleur assez vive, qui peut même quelquefois devenir syncopale. Le membre prend une attitude particulière : le plus ordinairement, le bras est en demi-flexion, et dans la position intermédiaire entre la pronation et la supination ; rarement il est en pronation complète ; plus rarement encore, il est en extension forcée (cas de Leisrink, où le bras pendait inerte le long du corps).

Les mouvements sont limités et douloureux : comme mouvements actifs, le malade peut faire à peine quelques mouvements d'extension et avec douleur ; les mouvements passifs sont limités et très douloureux, mais possibles, sauf cependant le mouvement de flexion : dans ce mouvement, la tête radiale vient buter contre la face externe de l'humérus et apporte un obstacle mécanique à

l'accomplissement de la flexion ; on perçoit même, dans certains cas, le choc produit par la tête du radius, au moment où elle vient buter contre l'humérus.

Löbker cite un cas où, dit-il, contrairement aux observations classiques, la flexion était possible ; mais, dans ce cas, il s'agissait, comme le dit Löbker lui-même, d'une luxation qui s'était produite « longtemps auparavant » ; ce n'était donc plus une luxation récente, et nous ne contestons pas que, dans les luxations anciennes il se produise une néarthrose qui permette, à la longue, certains mouvements à l'articulation radio-humérale.

Le gonflement est rapidement assez considérable ; il empêche souvent de faire le diagnostic de la luxation dans les premiers jours de l'accident ; ce qui explique les cas méconnus au premier examen, et qui sont quelquefois devenus irréductibles, quand on les constate. C'est le cas rapporté par Schussler : « Le gonflement et les mouvements passifs très peu étendus, que l'on pouvait faire, ne permettent pas d'affirmer le diagnostic, et on ordonne de faire, quand ce gonflement aura disparu, des mouvements passifs de l'articulation : le père de l'enfant se charge de la chose. Mais, malgré cela, l'extension et la flexion sont tellement limitées, que le père vient me voir avec l'enfant cinq semaines après. Je constatai alors une luxation irréductible du radius en avant, empêchant d'accomplir ces différents mouvements <sup>1</sup>. »

Dans tous les traumatismes du coude, où on a lieu de penser à la luxation, il ne faut pas se contenter de rechercher les rapports de l'olécrâne avec les tubérosités de l'hu-

<sup>1</sup> Schussler, *Centralblatt für Chirurgie*, 1887.

mérus, il faut aussi rechercher les rapports de la tête radiale avec le condyle et tous les signes objectifs qui permettent d'établir le diagnostic de la luxation du radius en avant.

Le diamètre transverse du coude est diminué ; son diamètre antéro-postérieur légèrement augmenté. A l'inspection, on voit une diminution de la saillie musculaire externe du coude, formée par les muscles épicondyliens.

La palpation permet de sentir une dépression au-dessous du condyle huméral, à la place qu'occupait la tête radiale déplacée : on sent, d'autre part, au pli du coude, la tête radiale, dont on peut déterminer les contours ; on la sent rouler sous le doigt dans les mouvements de pronation et de supination. Souvent la pression permet de réduire la tête, qui revient aussitôt que la pression cesse : on a là une sensation analogue à celle qu'éprouve le doigt qui appuie légèrement sur une touche de piano.

Dörfler<sup>1</sup> a signalé, dans quelques cas, des lésions du côté du radial ; il signale la distension fréquente, quelquefois même la rupture de la branche antérieure du radial, sous-tendu comme par un chevalet par le col du radius déplacé en avant. Cette distension, amenant à la longue des lésions du nerf, est plutôt une complication qu'un symptôme : c'est néanmoins une complication qui a son importance au point de vue du diagnostic, du pronostic, et surtout du traitement.

Il suffira d'être prévenu de la possibilité de cette complication pour en faire le diagnostic : quelque temps après l'accident, on verra apparaître petit à petit (nous

<sup>1</sup> Dörfler, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1886.

ne parlons ici que des lésions par distension et non de celles par rupture qui sont beaucoup plus rares), les symptômes de névrite radiale.

C'est ainsi que, dans l'observation que nous rapportons, le malade a ressenti, peu de temps après l'accident, des fourmillements dans le pouce et à la face dorsale du poignet. Quand nous l'examinons, nous ne trouvons que peu de troubles de sensibilité, comme c'est la règle du reste dans toutes les paralysies radiales ; à peine quelques îlots isolés d'anesthésie dans le territoire de la main innervé par le radial et, à la vérité, c'est plutôt de la diminution de la sensibilité que de l'anesthésie à proprement parler. Il y a une véritable paralysie des extenseurs, le malade ne peut pas étendre complètement les doigts, ni la main sur l'avant-bras ; faiblesse des fléchisseurs. La face dorsale de la main est légèrement bombée et sa face palmaire excavée, vu la prédominance d'action des muscles des éminences thénar et hypothénar, dont l'action n'est plus contre-balancée par les muscles extenseurs paralysés. Comme troubles trophiques, nous n'avons à signaler qu'une sudation plus abondante du côté de la lésion et une plaque de desquamation épidermique qui a apparu quelque temps après au niveau du deuxième espace inter-osseux.

Cette paralysie radiale n'a évidemment pas de tendances à disparaître, tant que dure la compression qui la produit ; mais si l'on réduit la luxation ou que l'on résèque la tête radiale, la paralysie peut disparaître peu à peu, ainsi qu'en témoigne l'observation du D<sup>r</sup> Rolland, qui a eu l'occasion de voir notre opéré un an après sa résection et qui nous écrit : « On ne constate pas de

troubles trophiques, la sensibilité au toucher, à la douleur et à la chaleur sont intactes, néanmoins le malade dit sentir quelques picotements sur le dos de la main et avoir remarqué pendant l'hiver que le territoire du radial était plus sensible au froid que le reste de la main : en somme, résultat fonctionnel excellent, puisque le malade peut se livrer à tous les travaux de la terre, même les plus pénibles. »

Il est donc important de connaître cette paralysie au point de vue du pronostic, qu'elle pourrait assombrir, et surtout au point de vue du traitement, puisque la simple résection peut faire disparaître la paralysie tout au moins au début, lorsqu'il s'agit plutôt de troubles fonctionnels que de lésions nerveuses irréparables.

Nous ne connaissons pas au juste les lésions qui produisent ces phénomènes de paralysie ; dans notre observation, le nerf radial a été écarté au moment de la résection de la tête radiale ; nous avons pu le voir alors, mais son aspect extérieur semblait normal. Il s'agit ici probablement de paralysie radiale simple par compression lente produite par la tête radiale, qui soulève et distend le nerf, comme le chevalet tend les cordes d'un violon.

On a signalé, dans quelques cas, des phénomènes de contracture du côté du biceps, expliquant l'impossibilité de maintenir la luxation réduite ; c'est même ce qui a suggéré à certains auteurs<sup>1</sup> l'idée de pratiquer la ténotomie sous-cutanée du tendon du biceps, dans les cas de luxation du radius en avant.

DIAGNOSTIC. — Comment établirions-nous, en présence

<sup>1</sup> Alexandre et Lucien Wilmart, *Presse méd. belge*, 1881.

d'un traumatisme du coude, le diagnostic de luxation du radius en avant ? Nous devons penser à l'existence possible des quatre cas qui peuvent se présenter en pareille circonstance : il peut s'agir soit de luxation, soit de fracture, soit d'entorse, soit enfin de contusion simple. Et d'abord, y a-t-il luxation ? Pour nous en rendre compte, nous examinons successivement si le cubitus, puis le radius, ont conservé leurs rapports normaux avec l'humérus : dans le cas actuel, l'olécrâne a conservé ses rapports avec la ligne épicondylo-épitrochléenne, mais nous ne sentons pas la tête radiale rouler sous le doigt à sa place normale en dessous du condyle huméral ; nous la cherchons et nous la trouvons au pli du coude, en avant ; nous nous assurons que c'est bien la tête radiale, ayant conservé ses rapports de continuité avec la diaphyse radiale, en imprimant à l'avant-bras des mouvements de pronation et de supination qui se transmettent intégralement à l'extrémité déplacée, ce qui nous permet d'éliminer le cas où la tête radiale se trouverait en avant, détachée par un trait de fracture du col. Nous pouvons, dès à présent, affirmer qu'il s'agit d'une luxation du radius en avant.

Mais le diagnostic n'est pas complet : est-ce une luxation simple, ou une luxation compliquée d'autres lésions ? Nous avons déjà éliminé les cas de luxation du radius compliquée de luxation du cubitus, dans le même sens ou en sens inverse (luxation divergente) ; nous examinons s'il n'y a pas de trait de fracture sur l'extrémité inférieure de l'humérus et ses tubérosités, puis sur le radius, ce qui est rare, puis enfin sur le cubitus, ce qui n'est pas rare du tout : on a signalé en effet la combinaison fréquente de

la fracture du tiers supérieur du cubitus et de la luxation du radius en avant, dont l'étude a été faite en Allemagne par Roser et, en France, principalement par Stanciu-lescu<sup>1</sup>. Nous éliminons alors facilement, s'il y a lieu, le diagnostic d'entorse et de contusion. Nous avons ainsi le diagnostic de la luxation simple du radius en avant.

Afin d'avoir un diagnostic absolument complet, nous chercherons s'il y a des complications (lésions du côté du radial, contracture musculaire, hématome intra-musculaire, etc.); il suffira d'y penser et d'examiner attentivement la région du coude et son voisinage, pour en faire le diagnostic.

Nous essaierons alors de réduire la luxation, et, de la réductibilité ou de l'irréductibilité, dépendra la plus grande partie du pronostic.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la luxation récente, dont nous nous occupons seulement ici est généralement bénin. Si l'on peut réduire immédiatement la luxation, et si l'on peut surtout la maintenir réduite, la guérison est ainsi obtenue. Si l'on est en présence d'une luxation datant de quelques jours ou de quelques semaines, la réduction est encore possible, mais moins certaine cependant. S'il s'agit enfin d'une luxation ancienne, devenue ou bien ayant toujours été irréductible, nous verrons plus loin que le pronostic dépendra de l'âge du sujet, des mouvements provoqués pour produire une néarthrose sur la face antéro-externe de l'humérus, et surtout du traitement qu'on appliquera.

<sup>1</sup> Stanciulescu, th. de Paris, 1890.

En somme, pronostic réservé seulement dans quelques cas; et, bien entendu, il ne s'agit que de réserves au point de vue fonctionnel, car les phénomènes inflammatoires, bien qu'ayant été signalés, sont, sinon une coïncidence, tout au moins une rareté.

TRAITEMENT. — Le pronostic de la luxation récente dépend donc surtout de sa réduction et du maintien de cette réduction: de là l'importance du traitement qui comprend donc: 1° les procédés de réduction; 2° les procédés de contention.

Chaque chirurgien a vanté le procédé qui lui a réussi. Rollat<sup>1</sup>, dans sa thèse, recommande le procédé de Michel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, et qui consiste à saisir d'une main le bras de l'enfant et de l'autre l'avant bras en demi-flexion, et à les repousser l'un contre l'autre de manière à rapprocher le plus possible les surfaces articulaires du radius et de l'humérus; puis exécutant avec la main placée sur l'avant-bras de petits mouvements alternatifs de pronation et de supination, on fait ainsi rentrer le radius sous le ligament annulaire. C'est là le principal but du procédé, mais si le ligament annulaire est déchiré? comme cela peut arriver, Morraès Barros<sup>2</sup> donne, comme classique, le procédé suivant: « On porte l'avant-bras en extension et on exerce une légère pression sur la tête du radius, dans le sens d'avant en arrière. La réduction se fait aisément, mais la contention en est souvent impossible. » Autant de chi-

<sup>1</sup> Rollat, th. de Strasbourg, 1854.

<sup>2</sup> Morraès Barros, th. de Genève, 1886.

rurgiens, autant de procédés, qui peuvent, du reste, tous réussir, suivant les cas.

De même pour la contention, on a proposé divers bandages contentifs et l'immobilisation ; mais ici le but est plus rarement atteint, pour les raisons que nous avons indiquées au chapitre de l'anatomie pathologique.

Chez les enfants, dans le cas de luxation incomplète, on n'a qu'à faire exécuter des mouvements au membre, à plier le bras par exemple, pour réduire la luxation ; « on tient son petit succès <sup>1</sup> ». Dans un certain nombre de cas, l'enfant réduit lui-même sa luxation à l'occasion d'un mouvement quelconque.

Mais en présence d'une luxation récente qu'on ne peut réduire, que faut-il faire ? on s'assurera d'abord que la luxation est véritablement bien irréductible : on répètera, à plusieurs reprises, plusieurs jours de suite, les diverses manœuvres de réduction : puis on anesthésiera le malade, ce qui permettra quelquefois de réduire la luxation, en faisant disparaître la contracture musculaire : d'ailleurs on a signalé, dans certains cas, la contracture du biceps empêchant de réduire et de maintenir réduite cette luxation. Si nous échouons encore, nous avons alors deux modes possibles de traitement, entre lesquels nous devons choisir : c'est la non-intervention d'une part, l'intervention d'autre part.

A quoi bon, nous diront les uns, donner au malade les chances d'une opération, puisqu'on signale des cas où la luxation non réduite n'a incommodé en rien, ou presque en rien, le malade qui en était porteur ?

<sup>1</sup> Pollosson, *Prov. méd.*, 3 novembre 1888.

Mais, diront les autres, un malade, qui a une compression de son radial, est très content de la voir disparaître sur le champ par une intervention, et, d'autre part, quand on est en présence d'une luxation récente, peut-on assurer au malade qu'il n'en sera pas incommodé plus tard ? n'oublions pas le cas du matelot d'Astley Cooper et les cas analogues, où une simple luxation du radius en avant, non réduite, empêchait le malade de manger et de travailler. Pourra-t-on prévoir si le cas, en présence duquel on se trouve, se rangera plus tard dans les cas heureux ou dans les cas malheureux ?

Nous croyons, pour notre part, que, si le malade hésitait à subir une intervention, ou bien si l'on opérât dans des conditions défectueuses, qui ne permettent pas au chirurgien d'être certain de son antisepsie, on pourrait laisser attendre le malade, et plus tard on le verrait quelquefois venir lui-même réclamer une intervention.

Dans tous les autres cas, on a le droit d'intervenir, parce que l'intervention fait disparaître les troubles immédiats produits par le déplacement articulaire ; de plus, l'on ne sait pas, si le cas, en présence duquel on se trouve, se rangera plus tard dans les cas heureux ou dans les cas malheureux ; et, quand bien même il s'agirait plus tard d'un cas heureux, les résultats seraient souvent moins bons que si l'on était intervenu au début. Nous sommes donc absolument en droit d'intervenir dans les cas de luxation récente irréductible ; nous ne ferons que quelques réserves pour les cas dont nous avons parlé plus haut et nous ne nous presserons pas trop d'intervenir, dans l'espoir de pouvoir arriver à réduire un jour ou l'autre. Mais comment interviendrons-nous ?

Le traitement de choix nous paraît être l'arthrotomie pour dégager les brides qui empêchent la réduction; au besoin, si possible, on suturerait la capsule; si cela ne suffisait pas, on ferait la résection de la tête radiale. C'est la luxation récente irréductible qui nous paraît surtout justifiable de l'arthrotomie, parce que, plus tard, la résection est presque toujours nécessaire à cause des déformations que subit la tête radiale.

L'opération peut être pratiquée chez les enfants : Löbker <sup>1</sup> dit qu'il a obtenu des résultats excellents par la résection, chez des enfants de cinq, neuf et douze ans.

Nous étudierons, du reste, tout à l'heure, plus en détail, ces divers procédés de traitement et leurs indications, à propos de la luxation ancienne.

<sup>1</sup> Löbker, *Wiener med. Presse*, 1884.

— Lettre adressée à M. le prof. Reverdin (de Genève).

---

## II

**Ce que devient une luxation du radius  
en avant qui n'a pas été réduite.**

(DIFFÉRENTS TRAITEMENTS PROPOSÉS.— RÉSECTION.)



## II

### **Ce que devient une luxation du radius en avant qui n'a pas été réduite.**

(DIFFÉRENTS TRAITEMENTS PROPOSÉS. — RÉSECTION.)

Une luxation qui n'est pas réduite devient bientôt ce qu'on appelle une luxation ancienne : il peut s'agir de luxation irréductible ou de luxation qu'on a abandonnée à elle-même, sans essayer aucune manœuvre de réduction.

Nous allons étudier les symptômes de la luxation ancienne : nous verrons les cas heureux et les cas malheureux ; puis nous donnerons un aperçu de l'anatomie pathologique, qui est assez bien connue, grâce aux nombreuses autopsies qui ont pu être pratiquées ; nous dirons ensuite deux mots sur le diagnostic et le pronostic ; nous insisterons enfin sur le traitement, dont nous nous proposons de nous occuper tout spécialement, dans un chapitre particulier ; nous parlerons donc :

- 1° De la luxation ancienne ;
- 2° De son traitement.

### I. De la luxation ancienne.

SYMPTOMES. — Dans les premiers jours qui suivent le traumatisme qui a produit la luxation, le malade éprouve de vives douleurs spontanées et provoquées dans l'article lésé; mais les douleurs spontanées disparaissent petit à petit : elles commencent par permettre au malade de dormir pendant la nuit, puis n'apparaissent plus qu'à certains moments de la journée, puis enfin finissent souvent par disparaître à peu près complètement. Il en est de même pour les douleurs provoquées : au début, le malade ne pouvait supporter le plus léger frôlement, maintenant il supporte les pressions en tous genres. Les phénomènes de contusion articulaire et de raideur musculaire ne persistent, eux aussi, que pendant un temps plus ou moins court.

L'impotence fonctionnelle, tout d'abord à peu près absolue, diminue tous les jours de plus en plus : bientôt les mouvements passifs ne sont plus douloureux et peuvent se faire avec une certaine étendue; de même les mouvements actifs. Les mouvements possibles acquièrent tous les jours un peu plus d'amplitude.

Puis survient un peu d'atrophie des muscles du membre, qui fait que le malade fatigue plus rapidement qu'avec le membre du côté opposé; et ainsi s'établit un état stationnaire, qui peut être bon ou mauvais, suivant l'étendue des mouvements possibles.

a) *Cas heureux.* — Il y a des cas qu'on peut appeler heureux, où le malade vit en si bonne intelligence avec sa luxation, qu'on ne se douterait pas du tout qu'il a sa

tête du radius au pli du coude. C'est le cas du malade de Willaume, qui avait tous les mouvements avec un peu moins de force que du côté opposé, mais avec toute leur étendue et leur liberté; c'est le cas de cet enfant, observé par Danyau, qui, deux mois seulement après sa luxation, pouvait faire les mouvements les plus variés; c'est le cas de Bouillaud, cité par Malgaigne, qui eut, dans son enfance, le radius luxé en avant et qui n'avait qu'un peu de diminution d'amplitude du mouvement de pronation; c'est le cas de ce lieutenant de cuirassiers, dont parle M. le professeur Ollier<sup>1</sup>, qui maniait le sabre aussi bien qu'un homme qui a sa cupule radiale au-dessous du condyle huméral.

Il y a donc des cas où tous les mouvements peuvent se rétablir, même ceux de pronation et de supination; on a signalé, dans un certain nombre de cas de l'hyperextension (Löbker<sup>2</sup>, Wachenhauer<sup>3</sup>).

Dans tous les cas dont nous venons de parler, le malade est moins fort de son membre qui, du reste, présente toujours un peu d'atrophie; et la fatigue survient plus rapidement que du côté sain.

b) *Cas malheureux*. — Mais il y a des cas moins heureux :

Dans l'observation de Hilton, l'extension après sept ans a toute son étendue; la flexion est diminuée; la pronation et la supination sont très limitées.

Chez le matelot d'Astley Cooper, le membre était en

<sup>1</sup> Ollier, *Traité des résections*, t. II, p. 289.

<sup>2</sup> Löbker, *Wiener med. Presse*, 1883.

<sup>3</sup> Wachenhauer, *Centralblatt für Chirurgie*, 2 avril 1892.

supination, et quand l'humérus était fixé, on ne pouvait tourner la main, ni en pronation, ni en supination complète; il ne pouvait qu'avec difficulté porter la main à sa bouche.

Malgaigne cite un cas, rapporté dans la thèse de Grenier<sup>1</sup>, où le malade ne pouvait ni manger, ni travailler: ce chirurgien avoua, d'ailleurs, que, pour sa part, dans ce cas-là « il ne voyait rien à faire que de continuer à exercer le membre ».

M. le médecin major Brousses nous a raconté qu'un de ses malades présentait une telle gêne fonctionnelle, qu'il a été obligé de le faire passer devant le Conseil de réforme.

Il y a donc, à côté des cas absolument heureux, des cas moins heureux et des cas véritablement malheureux au point de vue des fonctions du membre atteint: il est très important, au point de vue médico-légal de bien séparer et de bien diagnostiquer ces deux cas, afin de ne pas reconnaître, comme ne pouvant travailler, un individu qui aurait une luxation du radius en avant et qui ne serait pas du tout dans l'incapacité de travailler.

Quelle est la proportion des uns et des autres? nous ne pouvons l'établir exactement: nous nous contenterons de reconnaître que les cas heureux ou relativement heureux sont les plus communs.

Une question, qui se pose maintenant tout naturellement à l'esprit, est celle-ci: Pourquoi dans un cas, les mouvements reviennent-ils suffisamment étendus, pour ne pas gêner les fonctions du membre, et, dans un autre cas, les mouvements ne peuvent-ils pas se rétablir?

<sup>1</sup> Grenier, th. de Paris, 1879.

La condition anatomique qui permet le rétablissement des mouvements est la formation d'une néarthrose avec la tête radiale déplacée et la partie antérieure de l'humérus; mais quelles sont les conditions cliniques? l'analyse des observations publiées permet d'attribuer le plus grand rôle à deux facteurs principaux, qui sont : l'âge du sujet et les mouvements provoqués. Bouillaud eut sa luxation à l'âge de huit ans; on trouve quelquefois des luxations simples ou doubles, à l'autopsie des sujets qui ne s'en étaient jamais plaints; il s'agit là de luxations produites par les manœuvres de l'accouchement ou de luxations dites congénitales. En général, dans tous ces cas, les muscles s'habituent à agir sur le radius déplacé, plus facilement que chez un adulte. Quant à l'influence des mouvements, sur la mobilité de la nouvelle articulation, elle est connue depuis longtemps : c'est même un excellent moyen de traitement, autrefois le seul (Malgaigne).

Mais, on ne pourrait dire à un sujet : Vous êtes jeune et avec des mouvements faits méthodiquement pendant longtemps, vous arriverez à acquérir une nouvelle articulation radio-humérale, qui vous permettra des mouvements suffisants; non, on ne pourrait pas affirmer un tel succès : il y a des sujets jeunes et faisant des mouvements, qui n'arrivent pas à récupérer une articulation assez mobile et qui viennent ainsi réclamer une intervention chirurgicale : témoin cet enfant de six ans, dont parle Schussler <sup>1</sup>, à qui l'on faisait des mouvements bien régulièrement, et qu'on lui ramenait, cinq semaines après, tellement les mouvements permis étaient de peu d'étendue.

<sup>1</sup> Schussler, *Centralblatt für Chirurgie*, 1887.

Il y a, là dedans, un facteur que nous ne connaissons pas et qui fait que tel sujet aura une bonne néarthrose, tel autre aura presque une ankylose : ce qui nous empêche souvent de porter un pronostic bénin et peut quelquefois nous forcer la main en faveur de l'intervention.

Ce qui pourrait encore assombrir un peu la scène, ce seraient les complications : et d'abord les productions ostéophytiques, puis ensuite, quoique plus rarement les arthrites : M. le professeur Ollier <sup>1</sup> cite un cas où l'arthrite consécutive à la luxation antérieure de la tête radiale l'obligea à réséquer plus que la tête du radius.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'anatomie pathologique de la luxation ancienne est bien mieux connue que celle de la luxation récente : ici les autopsies ne manquent pas ; pour l'étudier, nous nous servirons donc des nombreuses autopsies et nous examinerons les observations de résection de la tête radiale, qui peuvent donner des renseignements sur l'état de la tête radiale réséquée et sur la néarthrose huméro-radiale elle-même.

Nous avons déjà vu, à propos de la luxation récente, quels étaient les ligaments rompus au moment du déplacement articulaire et nous avons exposé brièvement la question si controversée de l'intégrité ou de la non-intégrité du ligament annulaire. La question, qui nous occupe maintenant, est de savoir ce que devient la tête radiale sur la partie antérieure de l'extrémité inférieure de l'humérus, les modifications que subit la partie de l'humérus en rapport avec cette tête radiale, en un mot de quelle façon

<sup>1</sup> Ollier, *Traité des résections*, t. II, p. 292 et suiv.

peut s'établir là une néarthrose ; nous verrons ensuite ce que devient l'ancienne cavité articulaire.

La tête radiale subit des déformations qui sont signalées dans toutes les autopsies ; elle s'arrondit par suite de productions hyperostotiques et sa cupule disparaît ; c'est ce qui existait dans le cas dont nous rapportons l'observation : dans ce cas, en effet, la tête réséquée était manifestement augmentée de volume et sa face supérieure, correspondant à la cupule radiale, présentait une surface convexe sans trace de cupule, ou plutôt on voyait les limites de la cupule, mais cette cupule était remplacée par une convexité de la tête radiale. Dans ces cas, l'articulation se fait sur une grande surface : dans certains cas, il se forme, au contraire, une petite surface articulaire sur la partie postérieure du col, ce qui donne à l'extrémité radiale l'aspect de l'extrémité supérieure du fémur, la surface articulaire ancienne représentant le grand trochanter : c'est ce qu'on peut voir sur une pièce du musée anatomo-pathologique de Zurich, représentée par Kronlein.

On comprend facilement toute l'importance clinique de cette déformation : plus la tête est hyperostotée, plus elle limite les mouvements de flexion, agissant là purement comme obstacle mécanique ; plus aussi la réduction est difficile, même après l'arthrotomie.

La tête radiale se creuse une cavité articulaire, quelquefois deux sur l'humérus : l'une qui est destinée à permettre les mouvements d'extension, l'autre qui est destinée à permettre les mouvements de flexion. C'est ainsi que dans un cas (pièce déposée par Prestat au musée Dupuytren), « la tête du radius déformée et arrondie était en rapport, dans la flexion, avec une cavité sans plateau

osseux, creusé par dépression sur la face antérieure et externe de l'humérus, et, dans l'extension, jouait sur la trochlée élargie en conséquence » ; et que, dans un autre cas « la tête arrondie et éburnée répondait à la partie antérieure du condyle, où elle s'était creusé une rainure, dans laquelle elle glissait pour venir se loger, au moment de la flexion, dans une fossette également éburnée, située au-dessus du condyle » (luxation datant de sept ans, pièce recueillie par Hilton).

Nous avons donc une tête articulaire et une cavité articulaire ; il y a plus : il se forme quelquefois des ligaments et même une synoviale pour la nouvelle articulation (Morraès Barros) ; le plus souvent, l'appareil ligamenteux de nouvelle formation est rattaché aux ligaments de l'ancienne articulation et à leurs débris ; il revêt, dans la majorité des cas, la forme d'un manchon fibreux.

Quant à l'ancienne cavité articulaire, elle s'oblitére peu à peu, par la prolifération du tissu cellulaire, qui, d'abord mou, se transforme successivement en tissu fibreux ; le cartilage de revêtement disparaît par transformation graisseuse » (Morraès Barros).

On se rend compte encore une fois de plus des raisons pour lesquelles une luxation ancienne est irréductible, souvent même malgré les méthodes de réduction sanglante.

Nous venons de voir tout ce qui peut arriver dans une luxation ancienne ; mais il est bien entendu que toutes ces modifications ne se produisent pas dans tous les cas : s'il en était ainsi, si l'on pouvait avoir, dans tous les cas, une articulation de nouvelle formation, aussi parfaite que celle que nous venons de décrire, avec ses ligaments et sa syno-

viale, nous ne serions pas autorisé à porter un pronostic réservé et à proposer quelquefois une intervention. Mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi : il y a des cas moins heureux : il y a des cas où la néarthrose ne peut pas s'établir, et il y a des cas où l'on était en droit d'espérer une bonne néarthrose, où tout semblait aller pour le mieux, et qui se terminent néanmoins par une ankylose ou semi-ankylose fibreuse ou même osseuse, par suite de productions ostéophytiques, qui viennent limiter les mouvements de la néarthrose.

La physiologie pathologique de la nouvelle articulation est facile à comprendre : la tête radiale, une fois fixée dans sa nouvelle cavité articulaire, peut obéir à l'action musculaire ; quant aux muscles, ils agissent bientôt sur la tête radiale déplacée, comme ils agissaient sur la tête radiale dans sa cavité articulaire, grâce à une adaptation analogue à celle qui se produit après une résection.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est facile à établir : il est beaucoup plus facile à établir que celui de la luxation récente, si bien que souvent un traumatisme du coude produit une luxation du radius en avant, qui n'est diagnostiquée que longtemps après, quand la luxation est devenue assez ancienne pour empêcher sa réduction.

Le malade qui se présente avec une luxation ancienne nous raconte qu'il a eu, il y a déjà longtemps, un traumatisme du coude et que, bientôt après, son coude a présenté du gonflement pendant un certain temps, avec une impotence fonctionnelle à peu près absolue, mais que le gonflement a disparu et que les mouvements sont revenus petit à petit, sans cependant revenir complètement : la

flexion notamment se trouve arrêtée et ne peut dépasser un certain angle, qui est déterminé par le moment où la tête radiale vient buter contre l'humérus : on sent en effet au pli du coude la tête radiale, qui roule sous le doigt, quand on imprime à l'avant-bras des mouvements de pronation et de supination ; on sent d'autre part, au-dessous du condyle huméral, une dépression produite par le déplacement de l'extrémité radiale. Le diagnostic est donc facile à établir : nous ne nous y arrêterons pas davantage.

PRONOSTIC. — Quant au pronostic, il variera suivant les cas : nous venons de voir en effet, à propos de la symptomatologie, qu'il y avait des cas bien différents, se terminant les uns d'une façon relativement heureuse, les autres exigeant un pronostic plus réservé. Nous examinerons la tête radiale et si nous la trouvons hyperostosée et déformée, nous pourrions prédire au malade que les mouvements, au lieu d'augmenter d'amplitude, tendront plutôt à se limiter, à cause de cette déformation hyperostotique. Quant à la complication d'arthrite, qui a été signalée, elle est si rare, qu'il n'y a pour ainsi dire pas lieu d'en tenir compte. Mais on pourra, dans tous les cas, prédire au malade une atrophie du membre et une faiblesse, qu'il sera bien difficile de faire disparaître : cette atrophie et cette faiblesse varient, du reste, dans de grandes limites : quelquefois le malade ressent plus rapidement la fatigue dans le membre atteint que dans le membre sain ; quelquefois il ne peut porter aucun objet pesant. Le pronostic est donc très variable : il dépend un peu de l'âge du sujet et du traitement (mouvements pro-

voqués, massage, électrisation) : mais comme il peut très bien arriver qu'un individu jeune et soumis à ce traitement ne récupère que très incomplètement les fonctions du membre (on ne sait trop pourquoi), nous ferons un pronostic réservé au point de vue fonctionnel.

## II. De son traitement.

PEUT-ON RÉDUIRE UNE LUXATION ANCIENNE? — Le traitement de la luxation ancienne peut être, dans certains cas, la réduction pure et simple : il est bien évident que c'est là le traitement idéal, mais malheureusement la réduction n'est pas toujours possible : on comprend en effet que la tête radiale hyperostosée et déformée éprouve de grandes difficultés à rentrer dans une cavité qui, elle-même, se trouve en grande partie oblitérée par les productions ostéophytiques ; nous ne faisons que rappeler ici l'action des débris ligamenteux, qui empêchent la réduction de la luxation ancienne, comme ils empêchaient déjà la réduction de la luxation récente. L'anatomie pathologique de la luxation ancienne nous permet d'ores et déjà de prévoir les difficultés de la réduction. La clinique nous apprend aussi, que si quelquefois on a pu l'obtenir longtemps après l'accident, dans la plupart des cas, elle est vite impossible. Il ne faudra guère compter sur ce mode de traitement : on pourra essayer de réduire, même sous le chloroforme, mais malgré les procédés de réduction employés et la force déployée, on ne parviendra presque jamais, ou tout au moins fort rarement, à réduire, pour peu que la luxation soit véritablement ancienne.

MOUVEMENTS PROVOQUÉS. — Si l'on ne peut réduire, il faudra donc s'adresser à un autre mode de traitement : on pourra employer un traitement médical ou un traitement chirurgical, c'est-à-dire d'une part de petits moyens inoffensifs qui, s'ils n'amènent pas d'amélioration bien notable, ne font tout au moins courir aucun danger au malade, et d'autre part une intervention sanglante, dont nous aurons à discuter les avantages et les inconvénients.

Il ne faudrait pas cependant exagérer la non efficacité de ces petits moyens : l'expérience a démontré, au contraire, leurs bons effets : les mouvements provoqués peuvent rendre une certaine souplesse à l'articulation huméro-radiale, le massage et l'électrisation peuvent empêcher un peu l'atrophie musculaire qui accompagne les luxations anciennes. Malgaigne<sup>1</sup>, a beaucoup vanté ce mode de traitement, il l'employait exclusivement : « Quand tout espoir sera perdu, dit-il, on a vu par les faits cités plus haut combien l'exercice développe les mouvements ; et il n'y en a vraiment qu'un, la flexion, qu'on ne puisse recouvrer d'une manière complète. J'ai été consulté avec de nombreux confrères, par M. Halph..., atteint d'une vieille luxation de ce genre ; l'opinion unanime fut qu'il fallait exercer le membre ; un jeune médecin fut chargé d'imprimer tous les jours des mouvements à l'avant-bras, et je tiens de lui, qu'après plusieurs mois de ce traitement, les mouvements étaient devenus presque aussi libres que du côté sain. »

C'est donc un excellent moyen de traitement, que celui qu'employait Malgaigne : mais, malheureusement, il ne

<sup>1</sup> Malgaigne, *Traité des luxations*, p. 663.

suffit pas, dans tous les cas, à rétablir les fonctions du membre : rappelons par exemple les cas cités par Schussler<sup>1</sup> et Von Lesser<sup>2</sup>, dont nous donnons plus loin les observations (obs. IV et V) : dans ces cas, les mouvements provoqués et le massage n'avaient pu rendre qu'une mobilité très insuffisante à l'articulation, si bien que les malades vinrent bientôt réclamer aux chirurgiens une intervention plus efficace.

EXTENSION FORCÉE. — Ce n'est pas l'extension forcée que nous recommanderons comme moyen efficace : elle offre du reste plus de dangers que d'avantages : c'est la mauvaise façon de faire des mouvements provoqués. D'ailleurs, les mouvements qui sont le plus limités, dans les cas de luxation ancienne, sont les mouvements de flexion (Malgaigne), et alors, que vient faire l'extension forcée ? en admettant qu'elle fasse rompre quelques adhérences, elle n'empêche pas la tête radiale de venir buter contre l'humérus, pour limiter les mouvements de flexion. La flexion forcée n'aurait du reste pas plus d'avantages.

Y-A-T-IL LIEU DE PRATIQUER UNE INTERVENTION PLUS CHIRURGICALE ? — Les anciens chirurgiens n'avaient jamais voulu intervenir avec le bistouri pour une luxation ancienne du radius en avant : ils avaient certes bien raison de ne pas exposer leurs malades à une arthrite purulente, pour remédier à une raideur articulaire, dont leurs malades auraient souvent pu, à la rigueur, s'accommoder. Mais

<sup>1</sup> Schussler, *Centralblatt für Chirurgie*, 1887.

<sup>2</sup> Von Lesser, *Centralblatt für Chirurgie*, 1888.

aujourd'hui cet argument en faveur de la non-intervention n'a plus de valeur, grâce aux méthodes antiseptiques : on peut aujourd'hui, sans danger, ouvrir une articulation, ce qu'on hésitait toujours à faire, avant l'ère antiseptique. Voilà surtout la raison pour laquelle, dans Malgaigne, et les autres chirurgiens de son époque, il n'est pas question d'intervention.

Mais, diront certains chirurgiens, pourquoi intervenir ? on peut très bien se contenter d'une articulation permettant quelques mouvements, sans courir le risque de voir l'articulation perdre, après l'intervention, le peu de mouvements qu'elle possédait auparavant ; du reste, diront-ils aussi, le coude est moins exigeant, au point de vue fonctionnel, que les autres articulations, puisque certaines personnes peuvent travailler avec un coude ankylosé, à condition seulement que celui-ci soit ankylosé en bonne position (120 degrés environ).

Mais, diront les autres, l'expérience prouve que les cas, dans lesquels on est intervenu, ne se sont pas terminés plus malheureusement que ceux dans lesquels l'on n'est pas intervenu ; bien au contraire, il est facile de comprendre en effet, que l'arthrotomie, qui fait disparaître les obstacles à la réduction, la résection de la tête radiale, qui empêche cette dernière d'arrêter le mouvement de flexion, en venant buter contre l'humérus, que tous ces moyens de traitement ne peuvent qu'améliorer la situation du malade (toute complication d'infection mise à part, bien entendu, car nous opérons antiseptiquement). Ces arguments *a priori* sont confirmés par des arguments *a posteriori* : *a priori*, ce traitement doit être excellent, *a posteriori*, ce traitement est reconnu de toute utilité, à cause des résul-

tats fournis par la clinique, résultats que nous exposerons plus loin en détail.

De plus, diront encore les autres, pourquoi se contenter du minimum et ne pas toujours chercher à faire mieux ? Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce qui s'est passé pour les indications de la résection du coude dans les cas d'ankylose ; autrefois on n'opérait que les ankyloses rectilignes bilatérales, puis les ankyloses rectilignes d'un seul côté, puis les ankyloses à angle droit des deux côtés, on opère enfin maintenant une ankylose à angle droit d'un seul côté. Les ressources que possède maintenant le chirurgien, lui permettent non seulement de faire le bien, mais encore le mieux ; d'une articulation passable, le chirurgien peut faire une articulation bonne.

Pour toutes ces raisons, nous nous déclarons donc partisan de l'intervention : nous ferons seulement quelques réserves pour les cas de luxation ancienne chez les enfants : nous ne nous presserons pas d'intervenir, à cause des nombreux cas, rapportés par les auteurs, qui ont pu guérir sans intervention : mais, si les mouvements ne se rétablissent pas, nous n'avons pas de contre-indication qui nous empêche d'intervenir, témoin les cas rapportés par Löbker<sup>1</sup>, qui se rapportent tous à des enfants de neuf à douze ans.

Ce que nous allons dire, s'applique aux luxations incomplètes, comme aux luxations complètes, puisque entre ces deux variétés, il n'y a qu'une question de degré.

Puisque nous devons intervenir, quel procédé d'intervention choisirons-nous ?

<sup>1</sup> Löbker, *Wiener med. Presse*, 1883.

QUEL MODE D'INTERVENTION CHOISIRONS-NOUS?... —

La première en date, la plus timide, la plus aveugle des interventions, c'est la ténotomie sous-cutanée des brides fibreuses qui empêchent la réduction ; puis on cite un cas, où on a sectionné le tendon du biceps ; enfin, et surtout, signalons l'arthrotomie et la résection qui nous arrêteront seules ici.

TÉNOTOMIE SOUS-CUTANÉE DES BRIDES FIBREUSES. —

« A notre connaissance, dit Morraès Barros<sup>1</sup>, une ténotomie, dans le but de sectionner les brides ligamenteuses, n'a jamais été pratiquée, pour la luxation isolée du radius, et nous ne pouvons nous prononcer sur l'efficacité de ce traitement dans ces genres de luxations. » Cette opération avait déjà été proposée par Rollat<sup>2</sup>, dans sa thèse, inspirée par M. Michel, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; l'opération aurait réussi sur le cadavre : elle consiste à introduire par le côté externe et postérieur, un ténotome, que l'on ferait filer jusqu'au niveau de l'insertion interne du ligament annulaire, que l'on couperait dans toute sa hauteur. Il se pourrait que cette opération réussisse aussi sur le vivant ; mais si la réduction est empêchée pour d'autres raisons que les brides ligamenteuses, la section de ces dernières n'améliorera évidemment pas l'articulation malade ; de plus, cette intervention, timide et aveugle, n'a plus guère sa raison d'être aujourd'hui ; on peut faire mieux, on doit intervenir d'une façon plus sûre et plus efficace.

<sup>1</sup> Morraès Barros, th. de Genève, p. 92, 1886.

<sup>2</sup> Rollat, th. de Strasbourg, 1854.

TÉNOTOMIE DU TENDON DU BICEPS. — On cite un cas<sup>1</sup> de section sous-cutanée du tendon rétracté du biceps, suivi d'amélioration. Dans ce cas, la rétraction tendineuse avait, paraît-il, produit une luxation spontanée. Cette opération fit disparaître la position vicieuse de l'avant-bras, mais laissa persister la luxation. Ce n'est donc pas, à proprement parler, un traitement de la luxation elle-même. Est-ce un bon moyen indirect de traitement? Pas davantage; il rentre encore dans la catégorie des demi-mesures, qui ont les inconvénients d'une intervention, sans en avoir les avantages. Nous ne discutons pas l'indication de ce procédé dans le cas de contracture musculaire, pour corriger une attitude vicieuse; mais ceci n'entre pas dans notre sujet et nous n'irons pas recommander cette section tendineuse comme traitement de cette luxation, puisque, dans le seul cas où elle a été pratiquée, elle n'a pas permis la réduction de la luxation.

ARTHROTOMIE. — Avec l'arthrotomie, nous abordons le véritable traitement chirurgical.

L'historique n'en sera pas long à faire; Textor et Emmert ouvrirent une articulation huméro-radiale, mais eurent une arthrite purulente et une ankylose consécutive; ce qui explique le discrédit justement mérité de l'arthrotomie avant la période antiseptique: « Je serai bref dans mon jugement sur cette opération, dit Malgaigne, à aucun prix, je ne voudrais m'y soumettre; c'est assez dire que je la repousse absolument. » Le discrédit continue encore après Malgaigne. Mais l'antisepsie qui apparaît,

<sup>1</sup> Alex. et Lucien Wilmart, *Presse méd. belge*, 1881.

rend les chirurgiens plus audacieux ; les déplorables résultats des interventions hardies n'ont plus de raison d'être, puisqu'ils étaient dus à l'infection : Sprengel<sup>1</sup> (1886) ouvre une articulation pour une luxation en arrière, suture les débris de capsule, avec un succès complet. L'opération n'a pas encore été pratiquée pour une luxation en avant ; mais le succès de Sprengel suffit à la réhabiliter et à l'autoriser, le cas échéant.

Les avantages ici ne sont plus virtuels : l'arthrotomie suivie de réduction, avec suture de la capsule, est une opération de choix.

Elle n'a qu'un seul inconvénient, c'est de n'être pas applicable à tous les cas : une tête hyperostotée ne peut rentrer dans une cavité qui n'a pas été faite pour elle et dont les dimensions ne permettent pas cette *restitutio ad integrum*. Néanmoins, on devra toujours tenter l'arthrotomie, dans une intervention rationnelle, quitte à terminer ensuite l'opération par la résection de la tête radiale, si l'arthrotomie ne suffit pas à rétablir l'extrémité radiale au-dessous du condyle huméral.

Quand on aura décidé d'intervenir, on commencera donc par endormir le malade, puis :

1° On essaiera de réduire sous le chloroforme : quelquefois la résistance musculaire ayant disparu, la réduction est possible : mais il faudra peu compter sur ce moyen.

2° On fera alors une incision en avant sur la tête radiale, comme nous l'indiquerons plus loin, à propos de la résection, et on ouvrira largement l'articulation : on sectionnera les brides fibreuses qui s'opposent à la rédu-

<sup>1</sup> Sprengel, *Centralblatt für Chirurgie*, n° 10, 1886.

tion ; quelquefois la réduction sera alors possible ; on suturera au catgut les débris de la capsule. On aura là une opération simple et excellente.

3<sup>o</sup> Mais malheureusement, l'arthrotomie ne suffit pas toujours et alors on est obligé de pratiquer la résection de la tête radiale.

#### RÉSECTION DE LA TÊTE RADIALE

A) *Historique*. — Löbker pratique, le premier, en 1883, la résection de la tête radiale, avec succès : il opère trois enfants de neuf à douze ans. Puis Schussler en 1887 et Von Lesser en 1888, pratiquent eux aussi avec succès la résection de la tête radiale. En 1886, M. le professeur J. Reverdin, de Genève, se déclare déjà partisan de la résection : dans la thèse d'un de ses élèves, nous trouvons une résection de la tête radiale, pour un cas de luxation en arrière ; mais il n'a pas eu l'occasion d'en pratiquer depuis lors <sup>1</sup>. M. le professeur A. Poncet a eu, il y a déjà longtemps, l'occasion de faire une résection de la tête radiale ; une seconde occasion s'est présentée à lui, l'année dernière, pendant que nous avions l'honneur d'être stagiaire dans son service de l'Hôtel-Dieu : il nous a permis

<sup>1</sup> Nous avons reçu de M. le professeur Reverdin, la lettre suivante :

Genève, 18 octobre 1894.

Monsieur,

Depuis le travail de M. Morraès, je n'ai pas eu l'occasion de faire de nouvelles résections de la tête radiale.

Veuillez agréer, etc.

F. C.

d'en recueillir l'observation, que nous rapportons plus loin en détail.

B) *Indications.* — On réséquera la tête radiale dans tous les cas d'intervention, où l'arthrotomie ne suffira pas à permettre la réduction de la luxation, à cause de l'hyperostose de l'extrémité radiale déplacée, et à cause de l'oblitération partielle de la cavité sous-condylienne, par les productions ostéophytiques. Les indications sont donc très étendues parce qu'il est rare que l'arthrotomie réussisse seule.

Y-a-t-il des contre-indications ? il se pourrait que chez les enfants, la résection de l'extrémité radiale empêche la croissance du radius, d'où un défaut de solidité de l'avant-bras. Löbker a opéré des enfants et nous signale seulement les résultats immédiats qui sont bons ; il ne nous parle pas des résultats éloignés : nous formulerons donc quelques réserves sur les résultats de la résection chez les enfants : nous opérerons moins volontiers les enfants que les adultes, surtout que la luxation est souvent très bien supportée chez les enfants (cas de Bouillaud, rapporté par Malgaigne, etc...) Mais cependant, si les troubles fonctionnels étaient assez considérables pour indiquer une intervention, nous ferions, quand même, la résection ; car le défaut de solidité de l'avant-bras n'est peut-être pas une conséquence fatale : en effet, dans l'observation de M. le professeur Reverdin, qui se rapporte à un enfant de douze ans, il y eut, il est vrai, un peu de subluxation du cubitus, mais qui n'était, paraît-il, pas due à l'opération, mais, « à un concours de circonstances, auxquelles a été soumis l'opéré ; il y avait, déjà avant l'opération, un état de valgus, qui faisait présumer un relâchement des ligaments

du côté du cubitus: les nombreux traitements, par trop énergiques, auxquels a été soumis le malade par le rebouteur, ne paraissent pas étrangers à cette complication ». (Thèse de Morraès.)

C) *Procédé opératoire.* — Le procédé opératoire le plus simple et le meilleur : on fera une incision longitudinale de 5 centimètres environ, en avant, sur la tête radiale déplacée, et dans le sens de la diaphyse radiale.

1° Dans un premier temps on incise la peau, puis le tissu cellulaire sous-cutané; on pince quelques veines superficielles, puis on incise l'aponévrose.

2° On tombe alors sur le paquet vasculo-nerveux et en particulier sur la branche antérieure du nerf radial, qui se trouve exactement sur la saillie de la tête radiale; on l'éloigne du champ opératoire avec les écarteurs.

3° On incise les débris de la capsule épaissie, et on arrive ainsi sur la tête radiale.

4° On résèque la tête radiale : on la fait sauter avec le ciseau et le maillet.

On suture alors les débris de capsule, puis la peau, et on applique un pansement occlusif, on immobilise le bras à angle droit. Au bout d'un certain temps, on commence à imprimer des mouvements à l'avant-bras; on donne, en un mot, au malade tous les soins qu'exige un réséqué quelconque, et on ne tarde pas à voir les mouvements se faire avec une facilité surprenante.

D) *Résultats immédiats, éloignés.* — Les résultats immédiats sont la réapparition progressive des mouvements, c'est au bout d'un mois, en moyenne, que les mouvements réapparaissent avec toute leur étendue; ainsi, dans la première observation de Löbker, « après

quatre semaines, les mouvements ont recommencé, et, dans la cinquième semaine, la mobilité normale complète, aussi bien active que passive, était revenue. »

Les résultats éloignés sont un résultat encore plus convaincant, s'il est possible, en faveur de la résection. Le malade, dont nous rapportons l'observation, a été opéré le 12 juillet 1893, et, le 5 août 1894, on nous écrit « en somme, résultat fonctionnel excellent, puisque le malade peut se livrer à tous les travaux de la terre, même les plus pénibles. » C'est tout ce que l'on pouvait désirer ; en effet, le malade, qui a une luxation ancienne du radius en avant, n'est pas seulement gêné par la limitation des mouvements de son articulation huméro-radiale, mais il est surtout gêné par ce fait, qu'il ne peut soulever aucun objet pesant sans éprouver de la douleur et qu'il est rapidement fatigué ; ainsi dans l'observation de Von Lesser, on voit que le malade ne pouvait lever que des objets légers et encore ne pouvait-il les porter longtemps ; au contraire « deux mois après l'opération, nous dit-il, j'appris avec plaisir que la veille, mon malade sans être aucunement gêné par son bras, avait travaillé pendant six heures à décharger d'un wagon des plaques de zinc très lourdes et à les porter à l'entrepôt. » N'est ce pas là un résultat véritablement merveilleux.

---

### III

#### Observations



### III

#### Observations.

##### OBSERVATION I

Martin S..., âgé de cinq ans, se blessa le coude au mois d'octobre 1882, consécutivement à une chute dans laquelle le bras droit vint se croiser derrière le dos, en recevant le poids du corps. Le médecin consulté plaça un appareil plâtré, qui resta trois semaines. Après qu'on l'eut enlevé, l'examen précis du coude, après qu'il fût désenflé, permit de constater l'existence d'une proéminence saillante de la tête radiale dans le pli du coude. A la pression, la tête du radius se laissa réduire dans la direction du condyle externe, mais aussitôt que la pression eut cessé, elle vint de nouveau proéminer en avant et en dedans.

Ce qu'il y avait de plus remarquable dans ce cas, c'était l'absence de toute espèce de troubles fonctionnels, la flexion et l'extension et même la pronation et la supination n'étaient pas sensiblement modifiées; il existait plutôt une exagération dans le mouvement d'extension et, dans ce cas, la tête du radius soulevait la peau dans le pli du coude; cette exagération de la mobilité, ainsi que la luxation simultanée de la tête radiale, pouvaient éveiller la crainte soit d'une inflammation déformante soit d'une prédisposition à la

luxation complète du coude. Ces faits nous semblent motiver suffisamment notre mode de traitement pour ce cas qui me semblait n'être alors qu'un simple dérangement.

Les nouvelles tentatives pour maintenir l'os luxé au moyen d'un appareil contentif et après une réduction soigneuse ont échoué. C'est pour cela que le 3 janvier une résection à la tête du radius a dû être faite. Après avoir changé une seule fois le pansement, la plaie de la résection fut guérie. Après quatre semaines les mouvements ont recommencé et dans la cinquième semaine, la mobilité normale complète aussi bien active que passive était revenue.

Le 2 juin, quand je revis la malade, je ne constatai qu'une petite cicatrice, mais aucun trouble de l'articulation, ni dans sa forme, ni dans ses fonctions. Le bras est complètement capable de faire tous les mouvements actifs et passifs de la plus grande étendue.

(Löbker. — *Wiener med. Presse*, 1883.)

## OBSERVATION II

Wilhelm B..., âgée de douze ans, se présenta le 4 novembre 1882 à la polyclinique chirurgicale de notre ville. L'enfant longtemps auparavant était tombée sur le bras, mais on ne peut pas déterminer si le coup avait agi sur la main ou sur le coude. L'examen a révélé une luxation de la tête du radius en avant. Celle-ci manquait à sa place normale, mais au toucher, on la sentait facilement au pli du coude. L'extension, la pronation et la supination étaient un peu limitées. Ici aussi on remarque l'absence du symptôme qui est considéré comme décisif dans la lésion que nous avons en vue, à savoir que la flexion ne semblait être dérangée en aucune façon et que la tête luxée glissait sur la surface antérieure de l'extrémité inférieure de l'humérus en déviant latéralement.

Comme toutes les tentatives de réduction ont échoué, la résection a été entreprise immédiatement. La marche de la plaie fut favorable et la cicatrisation s'effectua après dix jours. L'exécution des

mouvements qui a commencé dans le courant de la troisième semaine après la résection et qu'on continua méthodiquement pendant quatorze jours, a eu un succès aussi bon qu'on pouvait le désirer. Tous les mouvements de l'articulation du coude étaient d'une étendue physiologique normale.

(Löbker. *Id.*)

### OBSERVATION III

Richard R..., âgé de neuf ans, présenté à la polyclinique chirurgicale le 14 juin 1882, se lésa le coude droit à la suite d'un accident. On n'a pu avoir aucun détail sur cette chute qui a eu lieu six semaines auparavant. Aucun soin n'a été donné. L'examen révèle la luxation isolée de la tête du radius en avant; celle-ci se sent facilement dans le pli du coude. Au dessous du condyle externe, il y a une lacune sensible, l'épicondyle lui-même est un peu élargi; les mouvements sont empêchés en ce sens que la flexion ne peut pas s'exécuter au delà de l'angle droit. La supination est possible, la pronation et l'extension sont peu modifiées.

Tout d'abord la tête radiale fut réduite par la pression manuelle et maintenue par un coussin, au moyen de bandelettes de diachylon et de bandes ordinaires. Le 4 juillet, ce bandage fut enlevé, mais la position de la tête radiale n'est pas très bonne. Dans la suite la flexion de la tête étant insuffisante à cause du développement du condyle externe, la luxation se reproduit de nouveau.

La tête du radius fut alors réséquée. Tant que dure la plaie, il n'y a pas de fièvre, bien qu'à chaque pansement on enlève quelques gouttes de pus. Par suite de la persistance de la sécrétion, il se forme un foyer phlegmoneux périarticulaire qui est traité par de larges incisions et par la désinfection. Après trois semaines, la guérison est effectuée grâce aux soins consécutifs (faradisation des masses musculaires du bras et mouvements méthodiques). L'emploi de l'articulation du coude est rétabli dans quatorze jours. Tous les mouvements sont complètement libres.

(Löbker. *Idem.*)

### Résultats éloignés de la résection de la tête radiale

Lettre de Löbker à M. le professeur Reverdin :

« Je peux maintenant vous faire savoir que dans les 6 cas<sup>1</sup> on a obtenu une articulation complètement libre, et que la mobilité persiste encore maintenant. La flexion, l'extension, la pronation et la supination actives et passives ne sont nullement limitées.

« Tous les mouvements se font dans les limites normales et sans la moindre mobilité latérale. L'opération a donc donné dans les 6 cas le meilleur résultat possible. Elle me paraît donc justifiée à tous les points de vue.

« Je suis heureux, très honoré Professeur, que vous l'ayez aussi acceptée.

« En dehors des 6 cas publiés par moi, j'ai opéré moi-même un septième cas, tout à fait semblable au cas I. Le jeune homme de dix-sept ans a aussi obtenu un bras tout à fait utile avec un coude complètement mobile.

« Löbker.

« 19 décembre 1885. »

### OBSERVATION IV

R... de B..., âgé de six ans, s'était fait pendant l'été de 1880, dans une chute, sur la paume de la main, une luxation isolée du radius droit en avant. Le gonflement et les mouvements passifs très peu étendus que l'on pouvait faire, ne permettent pas d'affirmer le diagnostic et on ordonne de faire, quand le gonflement aura disparu, des mouvements passifs de l'articulation. Le père de

<sup>1</sup> Les cas dont nous ne rapportons par les observations sont des cas de luxation du radius en arrière, en dehors, etc. ., mais non plus des cas de luxation isolée de la tête du radius en avant, dont nous voulons seulement nous occuper.

l'enfant se chargea de la chose. Mais malgré cela, l'extension et la flexion sont tellement limitées, que le père venait me voir avec l'enfant cinq semaines après. Je constatai une luxation irréductible du radius en avant empêchant d'accomplir ces différents mouvements.

On chercha d'abord à réduire pendant l'anesthésie, quand on vit que la réduction était tout à fait impossible, on résolut de réséquer la tête du radius. Comme la réduction n'avait pu être obtenue, je mis le coude dans l'extension forcée, pour faire saillir le plus possible sous la peau la tête du radius, et j'allai avec précaution à la recherche du nerf radial qui passe en avant de la tête du radius. Dès que je l'eus dégagé et que j'eus ouvert largement la capsule, je pus bientôt remarquer que j'étais obligé de faire la résection de la tête du radius. Je coupai la tête du radius avec un ciseau droit. — Drainage. Pansement antiseptique. — Attelles de supination. La guérison fut obtenue sans réaction. Le résultat fonctionnel fut parfait.

(Schussler, *Centralblatt für Chirurgie*, 1887.)

#### OBSERVATION V

Wilhelm L..., trente ans, fit en 1886 une chute sur le verglas portant un assez gros paquet entre son thorax et son bras gauche, se trouvant ainsi avoir le bras plié à angle droit. L... ne peut pas dire si l'avant-bras se trouvait exactement en pronation ou en supination. La chute se fit de telle sorte que les deux pieds de L... glissèrent en même temps en avant et que le coude gauche porta à terre, pendant que le paquet roulait bien loin. Il pouvait encore faire des mouvements, mais d'une très faible étendue, il ne pouvait lever aucun objet lourd. Puis le coude se mit à enfler, le malade se frictionna avec un liniment volatil, puis huit jours après l'accident, il vint à Ansbruch consulter un médecin. Deux semaines après l'accident on fit avec anesthésie une tentative de réduction, on mit le bras dans un appareil plâtré et on le mit dans une écharpe. Au bout de trois jours, on renouvelle l'appareil

plâtré. Huit jours après on cesse tout moyen de contention, on ordonne le massage, qui donne quelques mouvements à l'articulation. Ce dernier traitement dura jusqu'en octobre 1885.

Mais il était impossible au malade de lever rien de lourd. Il aurait voulu employer son bras à des travaux de force, mais il dut bientôt abandonner son métier dans une fabrique de savon. Au commencement de février 1888, il se présenta à moi. Le coude gauche paraît amaigri comparativement au droit, mais la musculature du bras du côté gauche est devenue au contraire plus puissante, le ventre du muscle biceps fait une forte saillie en avant. Il peut serrer fortement la main gauche, mais seulement moitié aussi fort que du côté droit. Avec le bras gauche il peut lever des objets légers, mais pas d'objets lourds. L... tient seulement pendant environ une ou deux minutes en l'air un vase contenant six litres d'eau, tandis que de la main droite il peut soulever très facilement beaucoup plus. Dans l'extension forcée L... a la sensation d'un corps dans le pli du coude qui s'oppose au mouvement. Pas de douleurs irradiées du côté du nerf radial, médian et cubital.

La flexion et l'extension sont possibles au coude gauche, mais moins étendues qu'à droite d'environ 10 ou 20 degrés : la pronation et la supination ont toute leur étendue. Au-dessous du condyle externe on trouve une cavité, qui ne renferme pas la tête du radius : celle-ci, nous la trouvons dans le pli du coude, au-dessous de la saillie du muscle long supinateur, en avant du condyle externe : on la sent rouler sous le doigt en imprimant des mouvements de rotation . . . . .

Le 15 février 1886 on cherche, pendant l'anesthésie avec la morphine et le chloroforme, à réduire la luxation par différents procédés, mais en vain. Alors on fait la résection de la tête du radius, juste au niveau du col. On place un petit drain, on pratique l'occlusion de la plaie avec des points de suture, pansement occlusif antiseptique dans la position du coude à angle droit.

Dans la suite les choses se passèrent très simplement. Le lendemain du jour de l'opération, le malade quitta le lit. Quatre

jours après, on commença à faire des mouvements passifs de l'avant-bras. Huit jours après on enlève le drain. Le 10 mars la plaie était complètement cicatrisée. Les mouvements volontaires de flexion et d'extension du coude se faisaient presque avec toute leur étendue, la pronation et la supination sont complètes. Le malade peut déjà porter un poids de 10 à 12 kilogrammes, pendant longtemps, avec son bras opéré. Avec l'électricité et différents autres moyens, le bras devient de plus en plus fort. Le 22 mars, l'extrémité supérieure du radius fait tous les mouvements de la tête du radius normal. Le 28 mars, on note que le bras gauche a même plus de force que le bras droit.

Le 16 avril, deux mois après l'opération, j'appris avec plaisir que, la veille, mon malade, sans être aucunement gêné par son bras, avait travaillé pendant six heures à décharger d'un wagon des plaques de zinc très lourdes et à les porter à l'entrepôt.

(Von Lesser, *Centralblatt für Chirurgie*, 1888.)

#### OBSERVATION VI

Le 10 mars 1890, le nommé S... entra à l'hôpital Laënnec dans le service de M. Nicaise, suppléé par M. Gérard-Marchant; sujet vigoureux et très musclé, d'une excellente constitution et légèrement alcoolique. Cet homme était boulanger à bord d'un bateau anglais venant de New-York à destination de Londres. Le 18 janvier, en vue des côtes de Terre-Neuve, ce malade en traversant le pont est saisi par un paquet de mer, soulevé violemment et jeté latéralement sur la balustrade du bateau. Il a perdu connaissance à ce moment, mais se souvient parfaitement de la façon dont il a été blessé : tout le poids du corps a porté sur l'avant-bras, celui-ci étant à demi fléchi et étendu dans une attitude de défense, la main dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination. En même temps légère contusion du coude et de la partie supérieure de l'avant-bras. Jusqu'au 27 janvier, c'est-à-dire pendant neuf jours que dura encore la traversée, le traitement se

borna à des compresses d'eau froide et à des attelles de bois fixées sur l'avant-bras et naturellement le bras, l'avant-bras et la main sont laissés dans la position vicieuse de demi-flexion

Le 27 janvier, le malade entre dans un hôpital de Londres où on l'examina. Il a entendu parler de fracture du cubitus, mais non de luxation : on lui met un appareil plâtré jusqu'au 22 février ; à cette époque, on enleva l'appareil ; le chirurgien traitant juge la fracture consolidée et renvoie le malade en lui recommandant de faire des mouvements du coude pour faire disparaître la raideur articulaire. Le 10 mars, cinquante-deux jours après l'accident, le malade arrive à l'hôpital Laënnec, nous disant qu'il lui est impossible de se servir de son bras, que celui-ci est ankylosé.

A l'entrée, l'avant-bras peut être presque complètement étendu, mais la flexion est impossible : au repos, l'avant-bras est immobile dans la demi flexion, la main est entre la pronation et la supination, ces derniers mouvements sont possibles mais très douloureux. Tous les tissus qui recouvrent l'articulation du coude sont œdématiés et durs ; tous les muscles épitrochléens et épicondyliens, ainsi que le biceps, sont contracturés, ce qui rend l'examen très difficile.

Le cubitus forme un arc à convexité externe et postérieure : on sent vers son tiers supérieur une tuméfaction considérable du tissu osseux que l'on prend pour un cal.

Le radius a changé de direction par rapport au cubitus. En avant de la partie inférieure de l'humérus et en dehors, on sent très nettement la tête radiale qui roule sous la main dans les mouvements de pronation et de supination. La conclusion est donc fracture ancienne du cubitus vicieusement consolidée, et luxation de la tête radiale en avant.

D'après cet examen et les explications du malade, il était plausible d'admettre que le cubitus en se solidifiant avait donné naissance à un cal qui était allé jusqu'à la rencontre du radius.

Repoussé par celui-ci, le cubitus s'était incurvé et solidifié vicieusement. Par contre la pression du cal pouvait avoir augmenté la luxation de la tête radiale si elle existait déjà, ou même l'avoir produite.

Quoi qu'il en soit, les deux os se touchaient, car les mouvements du radius donnaient lieu à des craquements et à une sensation de frottement très caractéristique.

Voici le traitement qui fut appliqué : on confectionna un appareil plâtré mobile, prenant le bras et l'avant-bras dans la flexion, le bord radial de la main étant en haut et celle ci appliquée sur la poitrine.

Le 18 mars. — *Première opération* qui consiste dans la résection des surfaces de fracture qui s'étaient affrontées vicieusement, dans la suture de ces deux fragments et dans le redressement de l'os tout entier. . . . .

Le septième jour le pansement est changé et les points de suture enlevés ; la plaie est guérie, il n'existe qu'une petite fistule au niveau du fil d'argent. L'appareil est laissé trente-six jours.

Le 30 mai. — *Seconde opération*. Le malade étant endormi, on constate que la consolidation n'est pas complète ; mais il n'existe plus de frottement du cubitus contre le radius. Les mouvements de flexion sont toujours impossibles, car la tête radiale vient butter contre l'humérus. Après quelques efforts de réduction de cette extrémité osseuse, M. Marchant procéda à la seconde opération.

Il fait une incision de 6 centimètres sur la saillie formée par la tête radiale, ouvre la capsule et avec la pince coupante, fait sauter toute cette extrémité en la coupant au niveau de son collet, résèque ainsi environ 2 centimètres de l'os. Aussitôt la flexion devient possible complètement. On referme la capsule, puis la plaie est refermée et le bras mis en écharpe dans la flexion.

Le 22 juin. — Les deux plaies sont absolument guéries, la suture osseuse n'est pas encore solidifiée, il y a un peu de raideur articulaire, mais la flexion complète est possible, le malade peut manger et se servir de son bras.

(Stanciulescu, thèse de Paris, 1890.)

OBSERVATION VII

M. Nélaton a pratiqué la résection de la tête radiale avec un succès complet, mais nous n'avons pas pu nous procurer l'observation. Nous avons reçu de M. Nélaton la lettre suivante :

« Mon cher Ami,

« Je ne puis retrouver l'observation de résection de la tête radiale à laquelle vous faites allusion ; ce fut un cas simple avec *rétablissement des fonctions du membre* ; mais je n'ai pas l'observation.

« Ch. Nélaton.

« 5 novembre 1894. »

Bien que ce cas ne puisse pas entrer dans le chapitre de nos observations, nous le citons, quand même, puisque nous en connaissons le résultat : c'est un succès de plus pour la résection.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet.)

*Luxation traumatique isolée de l'extrémité supérieure du radius droit, datant de quatre mois. — Troubles fonctionnels. — Résection de la tête radiale. — Guérison. — Retour complet de la fonction.*

A. G..., est entré le 25 juin 1884, dans la salle Saint-Louis, service de M. le professeur Poncet.

Cet homme, âgé de trente-quatre ans et qui exerce la profession de voiturier, aurait fait, il y a quatre mois environ, une chute de voiture, et, d'après les renseignements qu'il donne, il serait tombé l'avant-bras en extension sur la paume de la main. A la

suite de cette chute, le coude devint le siège d'une tuméfaction notable; le malade vit un rhabilleur, mais il resta plusieurs semaines sans pouvoir se servir de son bras pour travailler. Depuis lors, il a vainement essayé de faire avec la main droite un travail pénible. Il prétend n'avoir plus la même force que par le passé et non seulement certains mouvements sont limités ou impossibles dans l'articulation du coude droit, mais, dans les efforts prolongés, il y éprouve de la gêne et une certaine douleur. A l'examen, on constate les signes cliniques d'une luxation isolée de l'extrémité supérieure du radius en avant. La tête radiale fait en quelque sorte saillie sous la peau; dans les tentatives de réduction, elle donne la sensation de la touche de piano. Les mouvements de flexion de l'avant-bras ne dépassent pas l'angle droit; quant aux mouvements de pronation et de supination, ils sont notablement limités.

*Opération*, le 29 juin 1884. — Le malade étant anesthésié, M. Poncet pratique la résection de la tête radiale déplacée. Incision de 5 à 6 centimètres sur la partie la plus saillante de l'extrémité luxée; on ménage avec soin les tissus et organes avoisinants. Section du col du radius avec les pinces de Liston. Drainage dans l'angle inférieur de la plaie dont les bords sont réunis avec une petite mèche de gaze iodoformée. Immobilisation sous un bandage.

Les suites de l'opération furent des plus simples; lorsque l'opéré quitte l'Hôtel-Dieu, trois semaines après son intervention, la plaie était cicatrisée et il commençait à pouvoir se servir de son articulation traumatisée, comme par le passé.

Ce malade a été revu par M. Poncet, dix mois après la résection, qu'il avait pratiquée. Il se servait du membre supérieur droit, comme autrefois, pour toute espèce de travail pénible.

#### OBSERVATION IX (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.)

S... (Achille), vingt ans, cultivateur à Passin (Ain), couché au lit n° 31 de la salle Saint-Martin. Pas d'antécédents héréditaires, ni

personnels. Il y a trois mois, traumatisme du coude droit : le malade transportait sur son épaule un rail de chemin de fer, quand, en voulant le poser, il fit un faux pas, avança instinctivement le bras droit pour se retenir, et eut ce bras pris entre le rail et le quai bitumé, situé à 1<sup>m</sup>20 de hauteur au-dessus du sol, sur lequel tomba le rail. Il éprouva une douleur très vive et s'évanouit. Quand il revint à lui, impotence fonctionnelle, bras en demi-flexion.

Le médecin fit tentatives de réduction qui n'ont pas abouti. Le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Louis (service de M. le professeur Pollosson) où il ne reste que vingt-quatre heures ; nous n'avons pu avoir de renseignements précis à ce sujet, nous n'avons que les renseignements fournis par le malade, qui nous dit que sa luxation a été réduite, et qu'il a gardé pendant quinze jours l'avant-bras à angle droit. Au bout de ce temps, le médecin de Culoz, M. le Dr Félix Emmonet, lui enleva l'appareil. Les mouvements revinrent peu à peu, et il essaya de travailler, mais ne put continuer son travail. Il reste donc maladroit de son membre et se décide à revenir à l'Hôtel-Dieu, où il entre le 7 juillet 1893 dans le service de M. le professeur Poncet.

*Examen du malade, 7 juillet 1893.* — On est d'abord frappé à l'examen du malade par l'attitude de la main en pronation complète et la déformation du coude. On voit une diminution de relief de la saillie musculaire externe du coude, formée par les muscles épicondyliens, recouvrant à l'état normal la tête radiale, quand elle est en place ; on voit d'autre part au pli du coude une saillie très nette, formée par la tête du radius déplacée. A la palpation, on sent au-dessous de l'extrémité inférieure et externe de l'humérus, un vide à la place de la tête radiale, qu'on sent d'autre part rouler sous les doigts au pli du coude. Le cubitus n'a pas modifié ses rapports. Quant à la tête radiale, elle a modifié ses caractères, elle n'a plus la forme régulièrement arrondie, qu'elle présente à l'état normal ; on la sent, à travers la peau, irrégulière et hyperostosée. Elle se réduit en partie par la pression, mais revient immédiatement à sa position primitive (sensation de touche de piano). A l'examen fonctionnel, nous constatons que l'extension

peut se produire à peu près complètement, mais la flexion ne dépasse pas l'angle droit. Les mouvements de pronation et de supination sont limités.

On note une atrophie du membre, portant sur le bras, l'avant-bras et la main, mais cette atrophie n'est pas complètement imputable à la lésion traumatique, parce que le malade est gaucher; saillie exagérée de l'extrémité inférieure du cubitus pendant les mouvements de pronation. Il y a certaines zones d'anesthésie, surtout du côté radial de la main, mais ce sont des flots isolés, et quelques-uns même ne présentent qu'une diminution à peine perceptible de la sensibilité, sans anesthésie à proprement parler. Il y a véritable paralysie des extenseurs, le malade ne peut pas étendre complètement les doigts, ni la main sur l'avant-bras; du reste, le malade dit que, peu de temps après l'accident, ont apparu des fourmillements dans le pouce et à la face dorsale du poignet. Faiblesse des fléchisseurs. La face dorsale de la main est légèrement bombée et sa face palmaire excavée, ou la prédominance d'action des muscles des éminences thénar et hypothénar, dont l'action n'est plus contre-balancée par les muscles extenseurs paralysés. Le malade se plaint aussi d'avoir une sudation abondante dans la main du côté traumatisé. Tous ces troubles de sensibilité, de motricité et d'ordre trophique, nous font penser à des phénomènes de compression, de tiraillement du côté du nerf radial. Le malade a donc luxation du radius en avant, ancienne et irréductible, amenant gêne fonctionnelle et troubles divers dus à une lésion du radial.

*Réséction de la tête radiale*, 12 juillet 1893. — On fait une incision longitudinale d'environ 6 centimètres sur la partie correspondant à la saillie formée par la tête radiale. On incise la peau, puis le tissu cellulaire sous-cutané, on pince quelques veines superficielles, on incise l'aponévrose. On tombe sur le paquet vasculo-nerveux et en particulier la branche antérieure du nerf radial, se trouvant exactement sur la saillie de la tête radiale; on les éloigne du champ opératoire avec les écarteurs.

En avant, le ligament annulaire est déchiré et on voit débris de la capsule épaissie. On l'incise. La tête radiale apparaît alors déformée considérablement et hyperostosée. Toute tentative de

réduction reste infructueuse. Alors on résèque la tête du radius, on la fait sauter avec ciseau et maillet. On suture la peau. On place le bras en demi-flexion à angle droit.

La tête réséquée est augmentée de volume : sa face supérieure correspondant à la cupule radiale présente une surface convexe, sans trace de cupule, ou plutôt, on voit la limite de la cupule, mais la cupule est remplacée par une convexité, qui se continue avec la convexité de la tête radiale. En somme, la face supérieure, correspondant à l'articulation avec le condyle de l'humérus, forme une convexité fortement surélevée. La face inférieure est plane et présente en son centre un quadrilatère de tissu spongieux représentant le commencement de la diaphyse radiale. La circonférence a conservé son volume normal ; elle présente une encoche tout près des limites de la cupule radiale ; à côté de cette encoche, on voit une petite dépression correspondant à une insertion ligamenteuse (ligament carré de Denucé). En résumé, la déformation hyperostotique porte surtout sur la face supérieure de la tête radiale qui est devenue fortement convexe, empêchant l'articulation avec le condyle huméral qui, lui aussi, est convexe : c'est ce qui explique pourquoi la luxation pouvait se réduire incomplètement, mais ne pouvait rester réduite, les surfaces articulaires ne se correspondant plus.

13 juillet. — Hier soir 38°2, ce matin 38°5. Le malade se plaint de maux de tête. Douleur sourde dans la région de l'opération et quelques élancements.

14 juillet. — Hier soir 37°5 ; ce matin 38°.

15 juillet. — La fièvre est tombée complètement ; plus de maux de tête. La douleur sourde et les élancements dans la région de l'opération ont diminué.

17 juillet. — La douleur continue toujours à disparaître, les élancements, surtout fréquents l'après-midi, se propagent jusque sur la face dorsale de la main. La douleur sourde reste bien limitée au pli du coude, elle est de faible intensité et n'empêche nullement le malade de dormir.

19 juillet. — Douleur sur la face dorsale de la main, particulièrement dans le deuxième espace interosseux, douleur spontanée

et provoquée par la pression. Plaque blanchâtre de desquamation épidermique à ce niveau.

21 juillet. — On fait le pansement à l'iodoforme, comme le premier. La plaie va très bien. Quand on retire le drain, on voit s'écouler au moins un demi-verre de synovie de couleur brunâtre; on ne remet pas le drain. On replace le membre dans l'immobilisation en demi-flexion à angle droit.

. . . . .

12 août. — Nous recevons du Dr Ligouzat la note suivante :  
« Cicatrice rouge, linéaire, perpendiculaire au pli du coude. La flexion et l'extension se font assez facilement, mais avec une faible amplitude, 40 degrés environ; au delà les mouvements imprimés sont d'abord douloureux, puis rapidement impossibles. La main est appuyée sur l'écharpe en demi-pronation; les mouvements de pronation et de supination sont aussi possibles, mais limités comme ceux de l'extension et de la flexion avec une étendue de 30 degrés à peine. Au point de vue fonctionnel, le malade a essayé de porter avec le membre lésé des objets divers, pots à tisane, etc..., fatigue très rapide et douleur. »

. . . . .

Les mouvements sont revenus petit à petit.

. . . . .

5 août 1894. — Nous recevons du Dr Rolland, la note suivante :  
« A l'examen actuel, on constate sur la face antérieure de l'avant-bras droit une cicatrice linéaire, rectiligne, s'étendant entre les masses épicondylienne et épitrochléenne sur une longueur de 6 à 8 centimètres; cette cicatrice est indolore et non adhérente. La pression est douloureuse au niveau de la tête radiale que l'on sent nettement pendant les mouvements de pronation, mais cette tête est normale, et, ni du côté des parties molles, ni du côté du squelette, on ne constate de malformations. La nouvelle articulation paraît fonctionner aussi bien que l'articulation du bras sain. Au point de vue fonctionnel, tous les mouvements sont possibles, ceux de pronation et de supination sont parfaits et ne révèlent aucune douleur; quant à ceux de flexion *forcée* de l'avant-bras sur le bras, ils sont limités et le malade arrive difficilement à se frapper

l'épaule droite avec la main correspondante. Au point de vue de l'atrophie, on constate même à la vue que le bras droit est notablement plus petit que l'autre sur toute sa longueur, mais la différence s'accuse surtout à l'avant-bras.

« Circonférence au niveau de l'épitrôchlée de l'avant-bras droit : 25 centimètres; de l'avant-bras gauche : 26 centimètres; circonférence à 7 centimètres au-dessus de l'interligne du coude du bras droit : 23 centimètres; du bras gauche : 25 centimètres (mais le malade est gaucher). Pas de troubles trophiques; la sensibilité au toucher, à la douleur et à la chaleur sont intactes, néanmoins le malade dit sentir quelques picotements sur le dos de la main et avoir remarqué pendant l'hiver que le territoire du radial était plus sensible au froid que le reste de la main.

« En somme, résultat fonctionnel excellent, puisque le malade peut se livrer à tous les travaux de la terre, même les plus pénibles. »

. . . . .  
. . . . .

1<sup>er</sup> novembre 1894. — Nous recevons du D<sup>r</sup> Rolland, la note suivante :

« La cicatrice de la plaie qui était encore un peu douloureuse, il y a trois mois, ne l'est plus du tout; néanmoins la palpation forte au niveau de la tête radiale éveille encore un peu de douleur. Au toucher, on sent rouler sous le doigt une extrémité osseuse, qui donne une sensation analogue à la tête radiale du côté sain. Tous les mouvements se font librement avec toute leur étendue et sans douleur. Le malade se livre, tous les jours, aux travaux pénibles, qu'exige son métier de domestique de ferme, et se trouve très satisfait de son état. »

---

## IV

### Conclusions.



## CONCLUSIONS

Sous le nom de luxation traumatique ancienne de l'extrémité supérieure du radius en avant, nous entendons la luxation remontant à une date plus ou moins éloignée de l'accident, deux à trois mois après et au delà, et alors que la luxation doit être absolument considérée comme irréductible.

Cette luxation, ainsi que l'enseigne M. Poncet, est justifiable de la résection de l'extrémité déplacée. C'est là, suivant lui, le traitement de choix de cette déformation traumatique, lorsqu'elle s'accompagne de troubles fonctionnels, lorsqu'elle compromet, à un titre quelconque, l'usage du membre.

Toute luxation irréductible de l'extrémité supérieure du radius en avant, qu'elle soit ancienne ou récente, exige ce même mode de traitement curatif, mais, nous n'avons voulu, dans notre thèse, qu'aborder l'étude des luxations

anciennes, alors qu'il n'est plus possible de discuter sur la question de réductibilité par les moyens ordinaires.

La luxation du radius en avant est une luxation relativement rare, eu égard à la fréquence de la luxation complète du coude en arrière. Dans la littérature chirurgicale nous en avons trouvé de nombreux exemples, mais nous nous sommes borné à colliger les observations, non pas simplement de luxation ancienne du radius en avant, mais, comme le veut le titre de notre thèse, de luxation ancienne avec résection de l'extrémité déplacée.

La luxation de la tête radiale en avant peut s'accompagner d'accidents divers : paralysie du radial, gêne des mouvements de flexion, pronation, supination, etc., qui compromettent plus ou moins gravement la fonction du membre; elle peut aussi, ainsi du reste que Malgaigne et d'autres chirurgiens en ont rapporté des exemples, laisser un coude suffisamment utile.

Jusqu'à ces dernières années, c'est-à-dire jusqu'à l'avènement d'une chirurgie sûre dans ses résultats par l'application des méthodes antiseptiques, cette lésion traumatique n'était point considérée comme devant exiger une intervention sanglante. Les chirurgiens s'en tenaient au conseil de Malgaigne, qui, en présence d'une luxation ancienne du radius en avant, empêchant le malade de manger et de travailler, répondait que « pour sa part, il ne voyait rien à faire, que de continuer à exercer le bras ». (Grenier, th. de Paris, 1879). La crainte d'une arthrite purulente, à peu près fatale, après une ouverture d'articulation quelconque, impliquait, nous le reconnaissons, de telles réserves : mais les temps sont complètement changés, et, sans vouloir paraphraser Malgaigne, nous répondrions

volontiers avec M. Poncet, à la même demande, en disant « qu'en pareille occurrence, il faut enlever la tête radiale luxée, dont le déplacement compromet seul la fonction du coude ».

Malgré nos recherches nous n'avons pu réunir que neuf observations de luxation ancienne irréductible du radius en avant, pour lesquelles on ait pratiqué la résection. Deux de ces observations nous sont personnelles et ont été recueillies dans la clinique de M. le professeur Poncet. Ces deux opérés ont été suivis et revus à une date éloignée de la résection, ce qui nous a permis, avec d'autres faits de même ordre, de donner les résultats éloignés de cette opération.

Dans nos neuf observations, la fonction du membre traumatisé était plus ou moins gravement compromise. Plusieurs fois, comme dans l'une de nos observations, où la résection a été pratiquée, il existait une paralysie plus ou moins marquée des extenseurs, et dans toutes, une limitation telle des mouvements de l'articulation, que le malade n'avait pu reprendre ses occupations antérieures et que le membre traumatisé pouvait être considéré comme impotent.

Dans les neuf cas que nous avons recueillis, les suites opératoires ont été simples ; on sait du reste que si, dans de telles opérations, rapidement exécutées, des accidents infectieux surviennent, là, comme ailleurs, ils sont imputables au chirurgien, et non pas à l'acte chirurgical.

Les suites éloignées ont été ce que l'on pouvait supposer, par suite de l'ablation d'une extrémité osseuse, qui, par son déplacement seul, en butant contre d'autres saillies limitait les mouvements, provoquait des accidents de

compression. Les opérés ont retrouvé la fonction presque intégrale du membre traumatisé.

Il ne saurait y avoir, après la résection, une régénération dans l'acception de ce mot, de la tête radiale, mais, d'après l'examen qu'a pu faire M. Poncet, une sorte de moignon osseux, jouant le même rôle que l'extrémité enlevée.

Nous serons bref sur le manuel opératoire de la résection de l'extrémité radiale déplacée. L'incision, d'après M. Poncet, doit toujours être faite sur la partie la plus proéminente de la saillie osseuse, et, bien entendu dans les différents temps de l'opération qui s'exécutera sous la bande d'Esmarch, on ménagera les organes qui doivent être respectés, entre autres la branche radiale.

En résumé, dans les luxations anciennes irréductibles de l'extrémité supérieure du radius en avant, nous conseillons la résection de l'extrémité déplacée.

*Vu, bon à imprimer*  
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
PONCET.

*Vu, bon à imprimer*  
LE DOYEN,  
LORTET.

*Vu, bon et permis d'imprimer*  
LE RECTEUR,  
E. CHARLES.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Löbker *Wiener med. Presse*, 1883.
- Sprengel, *Centralblatt für Chirurgie*, n° 10, 1886.
- Morraès Barros, th. de Genève, 1886.
- Dörfler, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1886.
- Schussler, *Centralblatt für Chirurgie*, n° 7, 1887.
- Von Lesser, *Centralblatt für Chirurgie*, n° 25, 1888.
- Stanciulescu, thèse de Paris, 1890.
- Ollier, *Traité des résections*, t. II, p. 273.
- Pollosson Maurice, *Province médicale*, 3 novembre 1888.
- Poncet, *Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, 11 juillet 1893.
-



## TABLE

---

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| AVANT-PROPOS . . . . .                                                                                | 5  |
| I. <i>Ce que c'est que la luxation du radius en avant</i> . .                                         | 7  |
| Historique. . . . .                                                                                   | 7  |
| Étiologie et mécanisme. . . . .                                                                       | 11 |
| Anatomie pathologique. . . . .                                                                        | 15 |
| Symptomatologie. . . . .                                                                              | 18 |
| Diagnostic . . . . .                                                                                  | 22 |
| Pronostic . . . . .                                                                                   | 24 |
| Traitement . . . . .                                                                                  | 25 |
| II. <i>Ce que devient une luxation du radius en avant qui<br/>      n'a pas été réduite</i> . . . . . | 29 |
| 1° De la luxation ancienne . . . . .                                                                  | 32 |
| Symptômes . . . . .                                                                                   | 32 |
| Anatomie pathologique. . . . .                                                                        | 36 |
| Diagnostic. . . . .                                                                                   | 39 |
| Pronostic . . . . .                                                                                   | 40 |
| 2° De son traitement . . . . .                                                                        | 41 |
| Différents traitements proposés :                                                                     |    |
| a) Exercice du membre. — Massage. — Électrisation.                                                    |    |
| — Extension forcée . . . . .                                                                          | 42 |

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| b) Ténotomie des brides fibreuses. . . . . | 46 |
| c) Ténotomie des tendons . . . . .         | 47 |
| d) Arthrotomie . . . . .                   | 47 |
| e) Résection . . . . .                     | 49 |
| Historique . . . . .                       | 49 |
| Indications opératoires . . . . .          | 50 |
| Procédé opératoire . . . . .               | 51 |
| Résultats immédiats, éloignés . . . . .    | 51 |
| III. <i>Observations</i> . . . . .         | 53 |
| IV. <i>Conclusions</i> . . . . .           | 71 |
| BIBLIOGRAPHIE . . . . .                    | 77 |



